Dr. EWALD BOHM

MANUAL PENTRU PSIHODIAGNOSTICUL RORSCHACH

Pentru psihologi, medici și pedagogi

Adaptat în România de

Bogdan Lucaciu

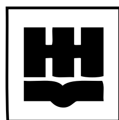
EDITURA PROFEX

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

BÖHM, EWALD
Manual pentru psihodiagnosticul rorschach / Ewald Böhm ; trad.: Bogdan Lucaciu. - București : Profex, 2008
Bibliogr.
Index
ISBN 978-973-86978-9-8

I. Lucaciu, Bogdan (trad.)

616.89-072.85



Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
3000 Bern 9
Schweiz



Editura Profex
Str. Frederic Chopin, Nr. 16, Ap. 2, sector 2, București
http://www.profex.com.ro



CUPRINS

I. Introducere

II. Tehnica testului

A. Impărțirea clasică

B. Răpunsurile umbrire/nuanțare și clarobscur ale lui BINDER

C. Ce este un răspuns?

D. Asigurarea asupra răspunsurilor neclare

III. Utilizarea testului

A. Evaluarea cantitativă

B. Evaluarea Calitativă

A. Scurtă privire asupra categoriilor celor mai importante a nevrozelor

B. Diagnosticul formal Rorschach al nevrozelor

C. Judecarea răsunsurilor complexuale

D. Nevrozele de caracter (Charakterneurosen)

A. Dubiile privid conceptul de psihopatie și privire asupra sistemelor de clasificare importante ale psihopatiilor

B. Diagnosticul Rorschach al psihopatiilor

C. Epilepsiile

D. Psihozele organice

E. Psihoze psihogene

IV. Partea finală

V. Exemple

Observații preliminare

Prefața traducătorului

Începutul secolului XX a fost pentru studiul psihologiei și psihopatologiei cea mai prolifică și dinamică perioadă, după desprinderea ei din filosofie.

Cartea lui Ewald Bohm a aparut prima data în 1948, sintetizând tendințele psihologiei clinice și ale psihopatologiei primei jumătăți de secol XX. Impresionat de genialitatea probei Rorschach și a autorului ei, pe care, chiar dacă nu l-a cunoscut, i-a fost contemporan și emul, Bohm încearcă să nu iasă din "testamentul" lui Rorschach. Herman Rorschach, născut și crescut în spațiul lingvistic al marilor psihopatologi ai secolului trecut, revoluționarii gândirii despre omul interior, Freud, Bleuler, Jung, Kretschmer, Jaspers, Koehler, Koffka, Klages, Szondi sau Pulver, este legat de ei ca mod de-a gândi și de preocupările lor asupra etiologiei tulburării mentale și chiar a mentalului în sine.

Preocuparea lui Bohm, ca și cea a predecesorului său Hermann Rorschach, era găsirea acelor date din funcționarea intrinsecă a psihicului, care puteau decela între etiologiile, organică, constituțională și nevrotică (reactivă) a tulburărilor, și eventual evaluarea ponderii lor la o persoană dată.

Astăzi, după mai mult de 50 de ani de la scrierea cărții putem spune că s-au perindat progrese ale mijloacelor de investigatie ale leziunilor organice ale bolilor sau tulburărilor psihice - angiografia, electroencefalografia, pe care o menționează, deja în ediția 2-a, cu varianta ei de potențiale evocate, tomografia computerizată (CT) și în cele din urmă tomografia cu rezonanță magnetică (RMN) - care au adâncit mijloacele de documentare ale "fundamentelor organice", atât de mult și de nesigur căutate în vremea lui Rorschach. Pe de altă parte terapia psihotropă a reușit, începând cu a doua jumătate a secolului XX să fie mai eficientă și mult mai specifică.

Dar neuropsihologia și psihopatologia pe de-o parte și psihoterapia și recuperarea pe de altă parte, au nevoie de finețea analizei individuale psihopatologice, utile terapiei orientării și acompanierii indivizilor spre o calitate mai bună a vieții lor personale. „Aceste mijloace noi vin doar să confirme existența unor leziuni dar nu pot surprinde specificul psihopatologic individual din eterogenitatea unor pacienți cu aceeasi etiologie" [Caputo, J., 1999 - The Rorschach as a Neuropsychological Instrument: Historical precedents and future use – Html version].

Aceste concluzii de data recentă vin să confirme presupunerile și încercarile perioadei cristalizării psihopatologiei clinice, pe linia cărora a mers Bohm fidel intuiției lui Rorschach.

În zona avatarurilor spiritului epoca actuală a accentuat mai mult pe omul social și pe cel funcțional, abandonând omul interior (cel care îl preocupa și pe Rorschach, ca și pe autorul acestei cărți).

Astăzi sunt în vogă clasificarile pe baze functional comportamentale (vezi DSM III și IV) care caută să evite disputele etiopatogenetice aparute intre diferite școli de gândire din psihologie, în special aceea dintre psihanaliză și behaviorism, in formele ei actualizate. Din păcate, din rațiuni ce țin de comunicare operațională internațională, mai mult statistică, juridică și politică, psihiatria și psihopatologia ultimelor decenii a devenit mai mult o contabilitate de simptome sau un regulament procedural de incadrare și nimic mai mult! Subiectivitatea, adâncurile

inconștientului, persoana cu straturile și mișcările subtile ale interiorului uman individual, în relațiile lui cu lumea, este astfel ocolită sau ignorată. Manualul de față este o introducere în modul de gândire în domeniul psihopatologiei al “pionierilor”, sugerând astfel multiplicitate și flexibilitate în interpretarea conduitelor umane. Cu toate acestea ținem să precizăm și cititorul va avea prilejul să constate, că autorul este mereu preocupat de rigoarea științifică într-un domeniu în care alunecările spre eroare și facil sunt foarte ușor de performat.

Noțiunile de etiologie (capitolul nevroze, diagnosticele, teoria), chiar dacă unele depășite de “modă” sunt de înțeles pentru orice om format serios în domeniul psihiatriei, psihologiei și/sau psihanalizei.

Considerăm că manualul de față, chiar dacă conține unele aspecte vetuste din punctul de vedere al abordării, fiind tributar încercărilor de început ale secolului trecut este încă, poate cel mai bun îndreptar pentru cel care dorește să studieze psihologia clinică.

*

Primii Rorschach-ieni au apărut în România în anii 60-70 – autodidacți după copii xerox ale manualul Rorschach, ale manualului Loosli-Usteri sau ale lui Bohm. După 1990 interesul pentru Rorschach a crescut. În 2007 a apărut traducerea în limba română a “Psychodiagnostik”-ului lui Rorschach, dar majoritatea celor interesați au adoptat tehnica de scorare a lui Exner. Au fost inițiate cursuri introductive în tehnica Rorschach, de către psihologii Nicolae Dumitrașcu și Claudiu Ganciu, la București și Claudia Călărășanu și Claudiu Ganciu la Timișoara în 2007 și 2008. Considerăm că apariția acestei cărți în limba română va facilita accesul psihologilor, și psihiatrilor români către una din cele mai importante căi de cunoaștere a personalității.

*

NOTĂ EDITORIALĂ:

Din rațiuni care au ținut de primii Rorschach-ieni din Romania s-a adoptat în general nomenclatura franceză (de alfel foarte inteligibilă în românește). O exceptie este termenului de “Mod de aprehensiune” folosit de unii utilizatori români, dupa modelul francez. Întrucât în românește termenul de “aprehensiune” are doar sensul de teama vagă, de frica nedeslusita (DEX) și nu pe cel originar latin de “ad prehendere” = a cuprinde, a înțelege, a apuca, am folosit termenul de “Mod de percepere”, echivalent de altfel în nomenclatura latină dată de autor. (vezi anexele de la sfârșit)

O parte din termenii germani nu au fost traduși literal ci adaptați în funcție de conținut.

În limba română am folosit uneori termeni alternativi, cu sensuri ușor diferite, considerând că prin alternare ne-am apropiat mai mult de înțelesul din context. Astfel de cuvinte, majoritatea termeni tehnici din psihopatologie, au fost: agresiune-agresivitate; stupor-stupoare; descripție-descriere, inhibări-inhibiții; arterioscleroză-ateroscleroză; perseverare-perseverație, etc. Am introdus note ale traducătorului (n.t.) la subsol acolo unde am considerat că înțelegerea termenilor o cere.

Textul în limba romană suferă uneori de o topică tributară limbii germane sau a unor expresii aparținând autorului, capcane pe care nu le-am putut evita complet. Sperăm ca inseția expresiilor germane în paranteze să poată măcar justifica unele din aceste “barbarisme”.

Țin să-i mulțumesc domnișoarei Manuela Gyorgy pentru ajutorul dat la traducerea acestui manual.

Prefata la ediția 1-a

Aceasta carte își datorează apariția unei inițiative a editorului, care, în vara lui 1948 a venit cu propunerea către autor de-a procura un manual sistematic al diagnosticului Rorschach, deoarece un astfel de manual lipsea incă în Europa. Sarcina nu era ușoară și trebuie să lăsăm la judecata cititorilor noștri în ce măsură rezolvarea ei a reușit. S-a încercat în orice caz, să se dea un tablou complet al al stadiului actual al diagnosticului Rorschach. Fără să se diminueze avantajele metodei, trebuie sa limităm optimismul neadecvat. Testul Rorschach este în continuare apt de dezvoltare, iar ultimul cuvânt privind posibilitățile și limitele sale nu a fost încă spus.

Practica testului Rorschach este un *fel de meseșug artistic.* Ea pretinde cunoaștere psihologică și experiență practică. Cunoașterea teoretică este presupusă, dar ea nu poate înlocui experiența. Bunul expert Rorschach se plasează la o medie sănătoasă între cele două extreme ale activității psihologice, ambele la fel de periculoase pentru dezvoltarea acestei științe: cea devitalizată a savanților de bibliotecă, care cunosc toate problemele filosofice si care își gasesc rezolvarile mai mult sau mai puțin profund semnificative printre acestea, dar care nu pot iniția măcar un ezperiment, darămite să stăpânească o tehnică psihologică sau psihanalitică practică, pe de o parte, iar pe de alta unilateralul doar-practician, sub mâinile căruia, nobilul meșteșug al cercetării psihologice îngheață într-o rutină fără spirit, iar contactul cu problematica fundamentală este de mult pierdută. Pe ultimii îi apasă și pericolul statisticii mecanizate, unde adesea se aruncă întrebări fără sens și se răspunde la fel de fără sens. Expertul Rorschach bun și bine format va privi deschis în ambele părți și va îmbina o știință vie si fericită cu un meșteșug vital și provocator la a gândi. Tocmai mereu prezenta incompletitudine a metodei aduce cu sine faptul că simpla practicare a metodei, daca nu se petrece automat, ițește mereu noi probleme teoretice și răspunde unor întrebări, vechi sau noi.

Cartea de față incearcă în mod corespunzător să mențină această linie de mijloc între cele două extreme, care se manifestă astăzi în cercetarea Rorschach, în diverse cercuri: prelucrarea statistic mecanicistă a părții formale și prelucrarea pur abisal-psihologică sau existential-psihologică în sensul conținuturilor, care se îndepărtează ambele de tehnica originară Rorschach, care ar trebui să rămână aici neatinsă.

Ar trebui aici să fie prezentat în esență doar "Rorschach-ul clasic". In ultimii ani au apărut o serie de direcții si școli, din care o parte au în comun cu concepția originară a lui Rorschach, doar numele. Nu suntem nicidecum împotriva inovațiilor (această carte aduce câteva dintre ele) fiindcă nu avem de ce să ne ferim de inovații mai ales la o procedură, care la moartea inventatorului nu era încheiată și în multe puncte nu este încă. Ne-am propus însă, să ne preocupăm de acele inovații de care există o adevărată nevoie și care se integrează procedurii fără a afecta metoda în fundamentele ei. Dezvoltarea ulterioară a testului trebuie să fie o construcție pe vechile ei fundamente.

Nepăsarea curajoasă a unor cercetători este în sine o trăsătură valoroasă, și fără o anume doză de critică nu poate fi servită nici o știință. Dar vrem să arătăm deschis aici că sensul

european al valorilor de tradiție ne este propriu, iar cultivarea acestora întru înflorirea stiinței nu este fără noimă. Chiar în acest caz, unde este vorba de o procedură psihodiagnostică descoperită intuitiv-empiric, al cărei fundament toretic e foarte puțin cercetat si explicat, ni se pare că un anume respect pios față de genialitatea descoperitorului ei este o sarcină utilă. Cu această metodă Rorschach a obținut primele rezultate, ale căror adevăr poate fi demonstrat în aproape toate punctele, pe un material surprinzător de mic, si de aici decurg toate motivele să ne ținem de principiile stabilite de el, pentru ca baza de comparare a cercetărilor să nu fie deplasată. Acaestă atitudine de bază ne-a influențat de exemplu poziția și în privința chestiunii foarte disputate a lui D si Dd.

În privința alegerii literaturii privind Rorscach ne-am axat în principal pe școala elvețiană. Dar parțial s-au luat în considerare și literatură americană, engleză și scandinavă.

Tratarea părții speciale de patologie a fost făcută pe baza unei concepții "măsurat psihanalitică", adică un amalgam de puncte de vedere clinic-psihiatrice și psihanalitice, așa cum e de mult practica în unele țări (precum Olanda sau SUA) și cum se introduce tot mai mult în practica psihiatriei si în alte țări.

Cartea noastră nu vrea și nu poate să facă lectura "Psychodiagnostik"-ului lui Rorschach superfluă, ci dimpotrivă, să conducă la ea. Pe drept afirma KLOPFER (KLOPFER & KELLY, The rorschach technique, p.22/23) despre cartea lui Rorschach: It is only after years of work with the method that on fully appreciates what this book contains". A fost necesar apelul repetat la cartea lui RORSCHACH la alcătuirea rezumatelor noastre tabelare.

Trăsăturile fundamentale ale psiholgiei și psihiatriei clasice au fost prezentate general. Doar în anumite locuri, izolate, a fost necesar să se facă mici excursuri teoretice în domeniul psihopatologiei, pentru a face cartea accesibilă unor cercuri mai largi de cititori. E vorba de domenii în care literatura este mai greu accesibilă pe motive de limbă (cum e la prezentarea Ixothymiei, Ixoidiei si Ixophreniei și la prezentarea psihozelor psihogene), sau (precum la capitolul nevroze), unde literatura este amplă și împrăștiată și aceste scurte prezentări care stau la baza tehnicii noastre de semnificare ni se par utile. În domeniul psihopatiilor pe de altă parte domină actualmente o asemenea confuzie încât ne-am permis să prezentăm cel puțin o parte din sistemele de clasificare actuale, în scurte treceri în revistă. In fine depresia, care e considerata azi mai mult decât o reacție umana generală, ci ca o boală, cu o mare varietate de manifestări, pentru care am consderat să facem o schemă de categorizare complet nouă deoarece majoritatea acestor forme speciale apar în expresia testului Rorschch.

Părțile teoretice sunt concepute doar ca "ajutor pentru auto-ajutorare". De fapt începătorul are nevoie de un studiu individual mai larg în toate punctele. Elevul care nu a învățat metoda până acum e bine să lase să se faca experimentul pe sine mai întâi. Și MORGENTHALER sugerează aceasta modalitate în prefața sa. Pentru a veni în întâmpinarea începătorului pe de-o parte, iar pe de alta pentru a diminua repetițiile am marcat pentru începători anumite pasaje cu o linie de margine. Unele pasaje din prima parte a cărții și aproape întreaga parte de psihopatologie sunt adresate doar celor avansați și de aceea nu au această linie de margine. Noi sfătuim începătorii ca la prima lectură să citească doar părțile marcate cu linie de margine, care au o legatură între ele și să omită pe cele nemarcate. Abia

mai târziu, când cititorul s-a inițiat oarecum în metodă poate reveni la o a doua lectură să parcurgă toată cartea. În acest sens, este bine să ne ferim să ne încărcăm cu multiplele fațete, inducătoare de confuzie ale unor probleme punctuale. Abia când trăsăturile fundamentale pot fi însușite într-un viziune coerentă se poate obține un răspuns, din restul de text, la alte chestiuni de detaliu. Noi sperăm să fi ușurat prin aceasta învățarea dificilei metode pe cât de mult posibil în acestă materie.

Planșele de ajutor pentru localizare (cu indicația implicită a modurilor principale de percepere) și tabelele ajutătoare pentru despuiere, precum și o rezumare a nomenclaturii și prescurtarilor în 4 limbi (5 incluzând româna) vor contribui pentru ca experimentatorul avansat aibă o privire de ansamblu asupra fundamentelor tehnice ale experimentului.

Avansatul va fi introdus într-o serie întreagă de observații și sindroame mai noi. Multe dintre ele nu sunt încă statistic sigur documentate. Aceasta rămâne în sarcina unei publicații ulterioare care are scopuri eminamente de cercetare Cu toate acestea noi ne-am crezut deja îndreptățiți și obligați să împărtășim aceste rezultate provizorii atâta timp cât ele s-au valorificat până acum în practică.

În capitolul de final am încercat să punem laolaltă diferite suplimente pentru fundamentarea teoretică a experimentului într-o scurtă privire de ansamblu.

Unele exemple – din păcate mult prea puține – sunt menite să ilustreze cele mai importante capitole ale cărții. Diagnosticele clinice ale cazurilor patologice, cu trei excepții, au fost puse de către psihiatrii experimentați. Excepțiile se găsesc la cazul nr. 9, 11 și 31. Cazul nr. 9 a fost trimis autorului de către o intreprindere industrială cu întrebarea dacă persoana angajată la un birou al ei avea anxietății puternice. O explorare a modului de viață a persoanei testate a dus cu suficientă precizie la diagnostic (Nevroză anxioasă).

Diagnosticul Rorschach al cazului nr.11 a putut fi confirmat ulterior de catre un psiholog format ca psihanalist. Cazul nr. 31 provine dintr-o clinică chirurgicală, unde nu i s-a pus nici un diagnostic psihiatric. Stările psihice acompaniatoare a unei tentative de sinucidere au fost detaliate atât de clar într-un raport al poliției încât nu există nici un dubiu asupra diagnosticului.

În fine, este pentru mine o sarcină plăcută să exprim mulțumirile mele cele mai cordiale D-lui Dr.med. W. MORGENTHALER, Bern, pentru interesul și bunele sfaturi primite, ca și D-lui HANS ZULLIGER, Ittigen (Berna), și Dr. K.BASH, pentru ajutorul lor la standardizarea lui D și Dd, iar D-lui Dr. BASH de asemenea pentru punerea la dispoziție a unor manuscrise până atunci nepublicate. Sunt dator să mulțumesc mult în afară de aceștia D-lui professor Dr. RDOLF BRUN, Zurich, pentru permisiunea prietenească de-a pune conținutul anumitor capitole ale cărții sale "Allgemeine Neurosenlehre" în forma rezumatelor tabelare. Și D-lui director Dr. ANDRE REPOND, Malevoz (Wallis), de la care am primit incitări în tratarea capitolului despre psihopatii, ca și D-lui D. VOSKUIL, de la laboratorul psihologic al Universității din Amsterdam, care cu propunerea sa asupra unei nomenclaturi latinești m-a îndreptat prietenește, imi exprim aici mulțumirile cele mai prietenești. D-lui ULRICH MOSER, Zurich, D-lui HENRI ELLENBERGER, Schaffhausen, și D-lui Pastor BRAEME, Copenhaga, le sunt dator cu mulțumiri pentru ajutorul lor pentru conceperea nomenclaturii franceze si completarea celei latinești.

Dintre cazurile psihiatrice exemplu şase cazuri (Nr. 4, 15, 16, 21, 29 şi 32) provin de la departamentul psihiatric al spitalului municipal din Copenhaga (medic sef Dozent Dr. PAUL J. REITER), şapte cazuri (nr. 19, 20, 23, 26, 27, 28 şi 30) din sanatoriul Långbro, Älvisrö din Stockholm (medic sef Dozent Dr. ERIK GOLDKUHL), un caz (nr.22) de la sanatoriul St.Lars din Lund, Suedia, (pe atunci medic sef Dr. GAYLER WHITE), un caz (nr.31) de la departamentul de chirurgie al spitalului orăşenesc din Copenhaga (medic sef Professor Dr. OTTO MIKKELSEN) şi un caz (nr.10) din practica privată a D-lui Dozent Dr. PAUL J. REITER, Copenhaga. Două cazuri (Nr.24 şi 25) au fost puse la dispoziţie amical de Dozent Dr. ERIC GOLDKUHL din materialul despre epileptici din clinica Margarethaheim Vereins din Knivsta, Suedia şi alte două (nr.12 şi 14) de către Dr. HERMAN REISTRUP, Copenhaga, din materialul propriu. Le mulţumesc deosebit aici acestor domni pentru permisiunea de-a le publica materalele şn această carte. Protocoale alese,char cele din materialul străin au fost evaluate de către autor.

Sunt de asemenea dator cu mulţumiri D-lui ERIK SLOTE, Ludvika, Suedia, pentru controlul cazului nr. 11, precum şi D-nei Dr. EVA BACH-SCHOU, Copenhaga, pentru ajutorul preţios în alegerea exemplelor.

Prelucrarea materialelor ce stau a baza acestei cărţi s-a realizat cu sprijinul din partea P.CARL PETERSEN FONDS, Copenhaga, prilej cu care Kuratoriului fondului imi exprim mulţumirile aici.

Copenhaga, Iulie 1949

Ewald Bohm

Prefaţă la ediţia a 2-a

Au trecut cinci ani de la apariţia primei ediţii. Literatura Rorschach a sporit puternic în ultimii ani. Cititorul care nu se lasă influenţat de “magia cuvântului tipărit”, nu poate totuşi să-şi alunge impresia că partea de lucrări cu adevărat valoroase şi utile pentru practică în raport cu producţia globală a dat chiar înapoi. Datorită acestui fapt devine tot mai dificil să alegi grâul de neghină şi de aceea e mai mult sau mai puţin întâmplător care dintre relativ puţinele lucrări bune îţi cad în faţă şi care nu.

Din păcate şi diluarea metodei Rorschach prin tot felul de neînţelegeri(false înţelegeri) şi prin tot felul de inovaţii inutile (adesea imbunătăţiri spre rău) a făcut paşi înainte, ceea ce are drept consecinţă că aceste lucrări în bloc au trebuit să rămână de neluat în considerare, atâta timp cât rezultatele obţinute prin aceste metode originale nu mai sunt comparabile. Şi BECK (în volumul 3 al manualul său p. 287/288) atenţionează că nu are nici un rost să se utilizeze astfel de rezultate, obţinute pe baza unor fundamente aberante, pentru confirmarea

ori pentru critica testului, doar pentrucă ele mai utilizează parțial aceleași simboluri ca și metoda originală, dar cu semnificații diferite.

Clivajul cercetării Rorschach în diferite școli si orientări a ușurat în esență munca autorilor, din acest motiv, dar este este de fapt de regretat că un asemenea material valoros de test pentru cercetarea Rorschach autentică se pierde , doar pentrucă este valorificat cu o altă tehnică, iar materialul brut nu este accesibil cititorului pentru o reprelucrare. Din punctul de vedere al cercetării psihologice privită în general, ar fi utilă o schimbare a tehnicii la folosirea aceluiași material, așa cum am trait-o la diferite școli Rorschach și poate fi făcută în mod responsabil, doar dacă s-ar obține un adevărat progres, adică cu o tehnică nouă de prelucrare s-ar obține rezultate mai multe și mai demne de încredere decât cu metoda originală. Acesta nu s-a dovedit încă, din punctul nostru de vedere, pentru tehnicile derivate apărute până acum.

Noi avem intenția de-a continua cercetările noastre cu metoda originală și să continuăm să construim pe baza tradiției elvețiene vitale si productive. Nu ne dăm înapoi să primim provocări și din cealaltă parte și să ne facem utili pentru valorificarea protocoalelor Rorschach dacă aceasta se produce în limitele metodei originale.

În afara corecturii unor greșeli de tipar trecute cu vederea și micilor modificări de text, ediția a 2-a conține un număr sporit de anexe, rezultatele literaturii mai noi și unele observații propri.

Urmare unei provocări ale lui ELLENBERGER i s-a atașat cărții o scurtă biografie a lui HERMANN RORSCHACH care se bazează in mare parte chiar pe lucrarea lui ELLENBERGER.

Capitolul despre modificări a fost modificat esențial, în sensul unei atitudini mai pozitive privitor la școala lui MEREI.

D-lui Dr. W.MORGENTHALER îi mulțumesc pentru provocarea de-a cuprinde într-o parte separată observațiile împrăștiate în carte privind diagnosticul dispozițiilor. Acestei provocări I s-a răspuns printr-o scurtă revistare, după capitolul 13, si care cuprinde doar indicări spre alte părți ale cărții pentru a reduce repetițiile.

Capitolul despre utilizarea testului la copii a fost semnificativ extins si reprelucrat, iar tabelul privind testul Rorschach la vârste înaintate a fost adăugat.

O mare parte din desemnările și prescurtările nomenclaturii latine a fost revăzută la propunerea D-lui Profesor CARLO RIZO, Roma, căruia aici îi exprim cele mai calduroase mulțumiri.

Numeroase observații provenite din noi comunicări ale lui HANS ZULLIGER au fost preluate, mai ales din cartea privind planșele Z, Pentru provocări valoroase, în afara D-lui Dr. ZULLIGER mai sunt în dator să le mulțumesc D-lui Dr.K.W.BASH, Wil, Dr. STEFAN NEIGER, Toronto, și FRITZ SOLOMON, Paris, precum și D-nei Dr. GERTRUDE MEILI-DWORETZKI, Berna.

Din literatura non evețiană am împărtășit diferite rezultate din lucrările lui S.J.BECK, OLOV GÄRDENBRING, F.MINKOWSKA și ZYGMUNT PIOTROWSKI. Unele idei au fost preluate de la școala ungară (F.MEREI, STEFAN NEIGER). D-lui licențiat

UNO REMITZ, Helsingfors, îi mulțumesc pentru strădaniile sale pentru îmbunătățirea planșelor de localizare si pentru multiplele sale provocări legate de acestea. D-lui Dr. JOSEF BRUNNER, Zug, îi datorez mulțumiri pentru valoroasa bibliografie.

Copenhaga, primăvara lui 1957

Prefață la ediția a 3-a

În cea de-a 4-a ediție a "Manualului de psihodiagnostic Rorschach" profesorul RICHARD MEILI scrie: "Dacă ne gândim chiar la continua rafinare pe care a cunoscut-o testul Rorschach de la prima sa apariție, cu toate acestea, metoda, la publicarea ei, era mai bine prelucrată decât cele mai multe, dacă nu toate, metodele care au apărut ulterior, atunci vom vedea că nu câștigăm prea mult din folosirea unor metode mereu noi". Si chiar așa: Astăzi, când aproape fiecare tânăr psiholog pare a-și câștiga prestigiul prin inventarea vreunui test nou, sau măcar prin "Înbunăutățirea" ori utilizarea inadecvată a unuia existent, practicianul experimentat va apela la "bunul și vechiul" Rorschach original, pentru a surprinde personalitatea subiectului într-un timp relativ scurt (cca. 3 – 4 ore).

Nici eu nu cred că e important să părăsești metoda originală Rorschach pentru cine știe ce "Neo-Rorschach". M-am străduit astfel să mențin Manualul în limitele Rorschach-ului "clasic" , dar în limitele acestea să-l aduc la zi. Aici a trebuit să am în vedere dezvoltările mai noi ale psihologiei experimentale, ale psihiatriei și psihopatologiei. Psihologia diferențială modernă a percepției, cercetarea personalității ne-au furnizat o mulțime de elemente de construcție pentru o teorie a Rorschach-ului, despre care la apariția ediției a 2-a abia aveam habar. Capitolul de teorie a necesitat, din acest motiv, să fie complet rescris, doar puține părți din vechiul text au fost preluate. Ca urmare a dezvoltării rapide a cercetării psihiatrice în domeniul epilepsiei și al psihozelor organice și aceste capitole au trebuit profound reprelucrate.

Drept părți noi au fost adăugate anexa privind prognosticul precum și anexa privind testul Rorschach și medicația psihotropă. Capitolul 15 a fost extins, astfel că cuprinde și tinerii, și s-a adăugat anexa privitor la copiii și tinerii dificili. În exemple, a putut fi adăugat un caz nou, Nr. 13 (Pseudodebilitate), care provine din clinica psihiatrică a clinicii universitare Berna (Waldau).

În rest s-au introdus o mulțime de amănunte în diverse locuri ale părții sistematice, cu precădere observații ale lui ZYGMUNT A. PIOTROWSKI și FRITZ SOLOMON și alte observații interesante, majoritatea ale prietenului, între timp dispărut, Dr. h.c. HANS ZULLIGER. În urma unei provocări ale Dr. Phil. H. C. JOSEPHINE KRAMER am preluat acum în tabelele ajutătoare pentru cotare și exemple din lucrările lui BINDER privitor la semnificările de clarobscur.

Literatura americană a fost luată în considerare doar excepţional (cu precădere PIOTROWSKI), deoarece, în general nu se mai raportează la metoda europeană Rorschach originală. De asemenea au fost ignorate o mulţime de lucrări privind controlul testului, fiindcă –cu puţine excepţii – provin de la oameni care, cu aceste lucrări încearcă să-şi dovedească "şcientismul", dar care în practică nu sunt capabili să evalueze de unii singuri un protocol.

Mulţumiri deosebite datorez D-lui Profesor r. GUDMUND J.W SMITH şi D-lui Dozent Dr. ULF KRAAG pentru multitudinea de observaţii privitoare la capitolul de teorie şi pentru revizia acestui capitol. D-lui Dr. ALFRED LEDER îi mulţumesc pentru punerea la dispoziţie a unui material valoros pentru noul capitol despre epilepsii şi pentru revizia lui. D-lui Profesor Dr. HANS WALTER BÜEL şi D-lui Profesor HANS HEIMANN le mulţumesc pentru permisiunea de-a publica cazul nr 13.

Wädenswil, vara lui 1967 *Ewald Bohm*

Prefaţă la ediţia a 4-a

Ar fi locul aici să-mi precizez poziţia faţă de anumite curente fundamentale contemporane. Cum am afirmat in prima ediţie, utilizarea testului Rorschach, în forma lui clasică este o o manoperă artistică (Kunsthandwerk).

Aşa cum formulase odată KANT[1], este un artist acela care "inţelege că are ceva *de făcut*" şi nu acela care "doar poate şi *ştie* multe".

S-a încercat de multe ori, în ultimii ani, să se facă din testul Rorschach o "ştiinţă obiectivă". DAVID KANDINSKY, din păcate prea devreme plecat dintre noi, a luat o poziţie fermă împotriva acestor strădanii la Congresul de la Londra din 1968. După KANDINSKY conceptul de *personalitate* (şi cu aceasta toate testele de personalitate) se bazează pe *axioma subiectivităţii* şi nu va putea fi niciodată determinată "obiectiv". Nu putem sărăci conceptul. El spune: "Cum personalitatea este doar o parte din cadrul de referinţă pe care psihologul îl introduce a priori, ea nu va putea deveni o realitate obiectivă care să fie studiată prin aşa numitele metode ştiinţifice obiective. Personalitatea este punctul suprem la care se referă fundamental modul în care experienţele şi observaţiile noastre sunt organizate". Experimentele (şi statisticile) nu pot surprinde unicitatea personalităţii. KANDINSKY spune: "Abordarea experimentală a psihologiei va trebui să abandoneze pretenţia monopolului stiinţei şi va trebui să se elibereze ea însăşi de conepţiile îmbătânie despre obiectivitate" (Pentru cititorii interesaţi de istorie, aici poate fi făcută observaţia că

1 IMMANUEL KANT, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, ed. J.H.von KIRCHMANN, Leipzig 1880, p.132

BORING, deja în 1935 în a sa “Hystory of experimental Psychology” , la pag 261, la critica lui HERBART pune in opoziție Psihologia “experimentală” cu cea “matematică”)

Că statistica (de neprețuit în lucrările de cercetare, care vor să constate interdependențe noi) dă doar rezultate probabile știa chiar și HUME (Enquiry concerning human understanding, 1748). El arată că viitorul nu corespunde întotdeauna cu efectele determinărilor trecute, întrucât factorii sociali se schimbă. WAELDER a atenționat[1] de curând asupra acestor interdependențe și sublinia manifest faptul că niciodată nu poate fi explicat statistic un caz individual. Iar testul Rorschach are de-a face cu personalitatea individuală.

Fiindcă grafologia este într-o poziție asemănătoare sunt de citat aici câteva observații ale lui MÜLLER și ENSKAT, privitor la aceasta. Autorii scriu că “mereu se introduc în protocoalele de caracterizare pretenții psihometrice”. Se pretinde adesea ca prognosticul să poată fi regăsit, măsurat. Aceasta înseamnă în plus ” că ceea ce se pretinde de la prognostic ar înseamnă o pretenție total exagerată față de psihologi în general, nu numai față de caracteriolog. Căci pe criterii psihologice se poate face un prognostic, doar pe baza a ceea ce depinde exclusiv de factorii psihologici și aceasta doar a celor ce sunt surprinși. Rezultatele aleatorii, precum succesul professional spre ex., nu sunt dependente doar de factorii psihologici și nu ar trebui să ne mire că aici au limite.”

Propunerea pentru această nouă ediție a venit atât de neașteptat și brusc, încât nu au fost posibile reprelucrări mai mari pe text. În afară de aceasta ar fi imposibil, pentru cel mai harnic om să urmărească revărsarea de publicații Rorschach mereu noi, nici măcar în mare. Suntem, cum este astăzi cazul pentru diferite specialități, supuși întâmplării.

De aceea în această ediție s-au făcut doar corecturi particulare și s-au adăugat mici completări care provin esențialmente de la HANS ZULLIGER, NANCY BRATT și DAVID KANDINSKY.

In rest, mulțumesc editurii pentru înțelepciunea de-a tipări această ediție pe o hârtie mai subțire, pentru ca această carte să nu mai apară într-un volum înfricoșător de gros.

Wädenswil, vara lui 1971 *Ewald Bohm*

1 ROBERT WAELDER, Fortschritt und Revolution, Stuttgart, 1970, P.288

ATENȚIONARE!
Începătorii în metoda Rorschach sunt rugați să citeasca întâi paragrafele prevăzute cu bară laterală.

I. INTRODUCERE

Capitolul 1
Preistoria testului Rorschach

Procedura de test tratată în această carte a fost dat publicității de către descoperitorul ei, psihiatrul elvețian DR. HERMAN RORSCHACH, în anul 1920 într-o carte pe care a intitulat-o "Psychodiagnostik". Subtitlul ei este "Metodica si rezultatele unui experiment perceptiv (semnificarea formelor întâmplătoare)". Aceasta carte este încă fundamentul metodei, iar studiul ei nu poate fi înlocuit de nici un alt manual ori introducere sistematică.

Pe parcursul anilor ea a cunoscut succesul în aproape întreaga lume, sporit în ediția a doua printr-o lucrare postuma a autorului "Evaluarea experimentului de semnificare a formelor". Începând cu editia a 3-a, au apărut câteva rezumări tabelare ale autorului, iar începand cu ediția a 4-a apare și o utilă introducere privind tehnica de administrare scrisă de editorul ediției, Dr. Docent WALTER MORGENTHALER. În 1941 apare o serie paralelă a planșelor inițiale, inaugurată încă de Rorschach însuși, datorată Dr. HANS BEHN -ESCHENBURG cu o prefață de HANS ZULLIGER ("Introducere in testul Behn-Rorschach"), ambele la editura Hans Huber, Bern.

Metoda, care este cunoscută drept semnificarea unor pete simetrice de cerneală de pe 10 planșe standardizate, își are precursorii1 ei. Cea mai veche mențiune privind interesul psihologic al petelor întâmplătoare provine de la LEONARDO DA VINCI (1452-1519). În "Tratatul de pictură" el propune artiștilor, să se lase inspirați de petele întâmplătoare de pe pereți pentru că astfel vor fi incitați spre diferite compoziții. "Prin obiecte confuze și imprecise spiritul e trezit spre noi descoperiri", spune Leonardo. El compară aceasta cu a auzi nume și cuvinte în sunetul clopotelor (semnificarea sunetelor). După Leonardo aceasta incitare prin petele de pe pereți nu a descoperit-o el ci i-o datorează lui SANDRO BOTICELLI (1440-1510). BOTICELLI poate fi astfel considerat drept primul precursor al lui Rorshach, bineînțeles într-un sens larg.

Mai apoi KANT[2] la o provocare a filosofului illuminist HELVETIUS se preocupă de pareidoliile optice și de legătura lor cu afectele.

Mai găsim ideea de-a obține provocări artistice din pete la JUSTINUS KERNER (1786-1862) de data asta pe versantul literar. Autorul "Văzătoarei din Prevorst", care era cunoscut și ca medic a

1 O descriere mai amanuntita a materialului de test apare in lucrarea lui Franziska Baumgartner – Tramer "Zur Geshichte des Rorschach Test" (schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie, Bd.50, 1943, s.1-13) pe care ne bazam in cele ce urmeaza.

2 Immanuel Kant, Versuch ueber die Krankheiten des Kopfes, 1764

scris in 1857 o cărticică pe care a intitulat-o "Die Klexographie". Expresia provenea de la un amic. El publică 50 de pete de cerneala obținute prin presare cu 39 de versuri atașate, care sunt împărțite în 3 grupe cu supratitlurile înșelătoare "Memento mori", Imagini din Hades" și "Imagini din iad". Introducerea spune:

"Aceste imagini din Hades
Toate negre și groaznice
(Spirite-s, de grad foarte mic)
S-au întruchipat de la sine
Făr' de mine, doar spre groaza-mi
Doar prin simple pete de cerneală."

Aceste supratitluri și introducerea sunt semnificative. Faptul că Kerner a avut astfel de fantezii macabre din petele de cerneală, era o urmare a unei depresii exogene a poetului, cauzată de orbirea progresivă, boală și moarte a soției, precum și de propria asteptare a morții.

Această semnificare jucăușă a petelor amintesc de faptul că în mare parte a Germaniei (și in Transilvania, n.t.) e raspândit obiceiul turnării plumbului de Anul Nou. Când bate 12 si vine anul nou, se toarnă plumb topit într-un vas cu apă rece. Din figurinele iscate intâmlător se crede că poate fi interpretat, simbolic, viitorul personal al celui ce toarnă. Nunta, nașterea, moartea și alte asemenea evenimente ale vieții sunt "semnificate", adică văzute în figurină ca o atitudine expectativă. (Erwartungseinstellung), asa cum unele personae dau răspunsuri complexuale în testul Rorschach.

Primul precursor cu adevărat a lui Rorschach, care a avut ideea de-a folosi petele de cerneală ca test psihologic, dar numai pentru examinrea faneziei, a fost ALFRED BINET împreună cu VICTOR HENRI (1895). Ambii francezi, care se revendicau de la Leonardo da Vinci le-au folosit insă doar ca simple provocări.

De la Binet si Henri se continuă pe două direcții, una americană și alta rusească.

În America provocarea francezilor este preluată de psihologul G. DEARBORN care a alcătuit prima serie de pete ("Blots of ink in experimental psychology", - Psychological Review 4, 1897, p.300-391). Rezultatele obținute cu acestea au fost publicate mai târziu ("A study of imagination" - American Journal of Psychology, 1898. KIRKPATRICK le folosește ("IndividualTests of school children" Psychological Review, 1900), ca si psiholoaga E. SHARP ("Individual Psychology: a study in psychological method", American journal of Psychology, 1899, p. 329-391). GUY MONTROE WHIPPLE amintește acest test în manualul său "Manual of Mental and Phisical Tests" (Warwick & York, Baltimore, 1910). Whipple însuși elaborează o forma standardizată de 20 de pete și expune subiectului petele fara timp limitat (spre deosebire de Kirkpatrick si Sharp). In aceste experimente au ieșit la lumină diferențe individuale semnificative.

Deja în timp ce Rorschach lucra, psihologul englez F.C.BARTLETT publica o lucrare în care introduce pentru prima oara culoarea în tehnica petelor ("An experimental study of some problems of perceiving and imaging" British Journal of Psychology, Vol.8, 1916, p. 222-266), iar psiholoaga britanică C.J.PARSONS experimenta în 1917 cu seria Whipple pe 96 de copii între 7 și 71/2 ani ("Children interpretation of ink-blots", British Journal of Psychology, Vol.9, 1917, p. 74-92).

În același an cu Whipple, 1910, a apărut la Moscova un "Atlas pentru cercetarea experimental - psihologică a personalității" datorat psihologului rus THEODOR RYBAKOFF (care a devenit cunoscut prin testul descoperit de el pentru imaginația spațială). Acest atlas reține ca sarcină de probă L-LI8, pete de cerneală pentru cercetarea fanteziei și a resurselor de imaginație. Rybakoff determină din aceste planșe forța, vivacitatea și acuitatea fanteziei și realismul imaginilor fantasmei. Și el se revendică la Binet și Henri.

Cu toate că Rorschach a început experimentele abia în 1911 (deci după Whipple si Rybakoff), el nu avea cunoștință de lucrările predecesorilor ruși și americani (așa cum am aflat dintr-o mărturie a văduvei sale), dar cunoștea "Klexografia" lui Kerner si provocarea lui Leonardo da Vinci. Îi era desigur cunoscută dizertația elvețiană lui SZYMON HENS, cunoscută din clinica lui Bleuler, cu titlul

"examinarea fanteziei cu pete fără formă la copii scolari, adulți normali și bolnavi mental" (Zurich, 1917) în care se facea încercarea de-a "deriva fantezia din tezaurul experiențelor anterioare"[1].

În completare putem aduce aici pe lânga precursori și doi care pot fi numiți "postcursori" ai lui Rorschach. KARL STRUVE și WILLIAM STERN au încercat să "îmbunătățească" testul Rorschach prin "Testul imaginilor de nori" (de ex. prin eliminarea simetriei), pe motivul că testul Rorschach nu e decât un "test de fantezie" (William Stern, "Ein test zur Prüfung der kindlichen Phantasietatigkeit (Wolkenbilder Test)" Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie, 1938, Vol. V, p. 5-11).

În realitate, Rorschach cu seria sa, în contrast cu precursorii si postcursorii a elaborat un experiment al cărui valoare diagnostică merge mult dincolo de examinarea fanteziei. Testul Rorschach cuprinde personalitatea ca întreg și de aceea poate fi numit pe drept, un test de caracter[2] și personalitate.

HERMAN RORSCHACH (1884-1922)3

HERMAN RORSCHACH s-a născut la 8 nov. 1884 în Zurich, cartierul Wiedikon. Tatăl, Ulrich RORSCHACH provenea din Arbon, cantonul Thurgau si s-a casatorit aici cu Philippine Wiedenkeller ce apartinea unei vechi familii din Arbon. In 1884, imediat după nașterea fiului familia s-a mutat la Zurich unde tatăl a trait ca pictor. Dar după numai doi ani, în 1886, Ulrich găseste un post de profesor de desen la Scaffhausen și se mută acolo cu toată familia. In Schaffhausen, acest orășel pitoresc si provocator spiritual își trăieste HERMAN RORSCHACH copilăria și tinerețea. Aici i se naște o soră, apoi un frate mai mic. Când, la 12 ani, îi moare mama, Herman e preluat de o mătușă care îi devine peste 2 ani mamă vitregă. Își pierde tatăl la 18 ani. După absolvirea școlii primare, urmează școala cantonală din Schaffhausen El învață ușor și în 1904 absolvă cu note bune examenul de maturitate. În Elveția, gimnaziștilor din ultimii doi ani li se cerea să intre într-o asociație studențească. Astfel că, din 1903 Herman aparține de liga Scaphusia, unde i s-a dat porecla de "Klex". (Klecksern = a mâzgăli, a se păta, a se murdari, a păta, Klecks, pronunțat Klex insemnand cel ce patează. Mâzgălește). Nu e este clar daca porecla vine de la profesia tatălui bazată pe celebrele desene "Maler Klecksel" ale lui Wilhelm Busch, așteptându-se altfel de la el să continue meseria tatălui, sau dacă nu cumva Herman RORSCHACH nu se ocupa chiar de atunci, în joacă cu "Klecksographie", lucru ce era la acea vreme un mod cunoscut de joacă și petrecere a timpului.

---

1 Citat după Roland Kuhn, Despre psihologia Rorschach si fundamentele psihologice ale experimentului de semnificare a formei, in "Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch" , Zurich ,1944. Rorschach menționează Dizerttația la p. 98 a "Psychodiagnostic"-ului.

2 Termenul "Charakter" în limba germana cuprinde ceea ce in limba romana poate fi desemnat prin "personalitate" (NT)

3 Scurta biografie se bazează în principal pe studiul biographic exhaustive al lui Henry Ellenberger "The Life and Work of Hermann Rorschach (1884-1922)" care a fost publicat cu ocazia aniversării a 70 de a nașterii lui Rorschach ca număr special al "Bulletin of Menninger Clinic", vol.18, nr.5 september 1954, ca sip e lucrarea lui Walther Morgenthaler "der Kampf um das erscheinen der Psychodiagnostik" Zeitschr.f.Diagnostische Psychologie und Personlichkeitforschung, vol.II, 1954, s.255-262

Tânărul multi-talentat a fost o perioadă în dubiu dacă să devină artist sau să înceapă studiul științelor naturale și astfel caută sfatul lui ERNST HAECKEL. Acesta îi recomandă științele naturii și HERMAN RORSCHACH se decide pentru studiul medicinei. Avea atunci 19 ani. După un semestru la Neuchâtel a mers la Zurich pentru următoarele patru semestre (1904-1906), apoi după semestru la Berlin și Berna, revine la Zurich. La 25 februarie 1909 își sustine la Zurich licența (examenul de stat). Gradul de Doctor în medicină îl obține la 12 noiembrie 1912 cu teza: "Privitor la halucinațiile reflexe și manifestările înrudite".

Într-o călătorie de vacanță în Franța, din timpul primului semestru, cunoaște un rus mai în vârstă care fiind un admirator al lui Tolstoi, îi trezește interesul pentru cultura rusă. RORSCHACH începe să învețe limba rusă, și intră în contact cu colonia rusă de care aparținea și celebrul Neurolog KONSTANTIN VON MONAKOW.

În timpul semestrului berlinez, in 1906 își petrece parte dintr-o vacanță în Rusia, la invitația prietenilor săi. Apoi, după ce o cunoaște pe viitoarea sa soție, doctorița rusoaică OLGA STEMPELIN, își petrece câteva luni după examenul de stat la familia soției sale la Kazan. Din aceste călătorii in Rusia vine cu numeroase provocări și printre multele cunoștințe noi din această călătorie se aflã și studentul polonez EUGEN MINKOWSKI, cel ce devine ulterior celebrul psihiatru francez.

Încă de la începutul studiilor RORSCHACH s-a decis pentru psihiatrie și celebra clinică universitară Bürghölzli, condusă la acea vreme de EUGEN BLEULER, care i-a dat cele mai bune condiții imaginabile de educatie si studiu. Noile idei ale lui SIGMUND FREUD și ale psihanalizei sale si-au gasit intrare la Bürghölzli, iar BLEULER și C.G.JUNG au încercat să cerceteze psihozele cu ajutorul testului de asociație, descoperit de GALTON și dezvoltat de către JUNG, psihoze ale căror fundaluri spirituale rămăseseră neînțelese. Fără nici o îndoială că atmosfera de aici a acționat fructuos asupra tânărului student interesat de psihiatrie.

Întors din Rusia, tânărul student se dedică patriei tatălui său, cantonul Thurgau, unde este medic de azil mental în sanatoriul cantonal Münsterlingen între 1909 – 1913. În acești ani se întâmplă multe evenimente importante ale vieții sale: la 21 aprilie 1910 căsătoria, în 1912 promovarea iar în 1911 primele experimente cu klecksografia ("mâzgălografia"), pe care o instituie la elevii școlii din orășelul Altnau, împreună cu fostul său coleg de școală KONRAD GEHRING, care a devenit între timp învățător. RORSCHACH abandonează însă curând aceste experimente în favoarea interesului său principal pentru psihanaliză, pentru care intră în legătură cu primii reprezentanți elvețieni ai acesteia (EUGEN BLEULER, C.G.JUNG, ALPHONSE MAEDER, OSKAR PFISTER, LUDWIG BINSWANGER și alții). Rodul studiilor sale au fost o serie de publicații psihanalitice care au apărut între 1912 si 1914 în "Zentralblatt für Psychoanalyse": "Reflexhalluzinationen und Symbolic"/ Halucinații reflexe și simbolica lor/ (1912), "Zum Thema Sexualsymbolik" /Privitor la tema simbolisticii sexuale (1912), "Ein Beispiel von misslungenen Sublimierungen und ein Fall von Namenvergessen"/Un exemplu de sublimare eșuată și un caz de uitare de nume/ (1912), "Zum Thema: Uhr und Zeit im Leben der Neurotiker" (1912)/Privitor la tema:Ceas sit imp în via'a nevroticului/, "Zur Symbolik der Schlange und der Krawatte"/Privitor la simbolistica șarpelui și a cravatei/ (1912), Analytische Bemerkungen über das Gemälde

eines Schizophrenen"/ Observații analitice asupra picturii unui schizofren/ (1913), "Über die Wahl des Freundes beim Neurotiker"/Despre alegerea prietenului la nevrotic/, (1913) "Analyse einer Schizophrener Zeichnung"/ Analiza desenului unui schizofren/ (1914). Cu tot interesul pentru psihanaliză RORSCHACH găsește timp pentru cercetare în alte domenii. Sumb conducerea profesorului său VON MONAKOW a facut o investigație microscopică asupra creierului unuia dintre pacienții săi de la Münsterlingen care a apărut în 1913 sub titlul "Zur Pathologie und Operabilität der Tumoren der Zirbeldruse"/ Despre patologia și operabilitatea hipofizei/, în "Beitregen zur Klinischen Chirurgie", iar în "Kriminalanthropologie und Kriminalistik" publică în 1912 o prezentare cazuistică "Pferdediebstahl im Dämmerzustand"/Hoț de cai în stare crepusculară/.

În aprilie 1913 RORSCHACH părăsește Münsterlingen și este temporar angajat al spitalului Münsigen din Berna. Apoi în decembrie părăsește Elveția pentru o a treia și ultima călătorie în Rusia. Aici lucrează șapte luni ca medic al sanatoriului privat Krukowo în apropiere de Moscova. Chiar dacă postul era bine plătit, se decide să plece, în principal pentru că i s-a dat prea puțin ocazia să-și desfășoare munca științifică, astfel că în iulie 1914 revine definitive in Elveția. Aici RORSCHACH lucrează la început (iulie 1914 – octombrie 1915) la sanatoriul cantonal Waldau (Berna), unde găsește în mai vechii colegi WALTER MORGENTHALER și E.FANKHAUSER doi prieteni buni. In acest timp RORSCHACH începe să se intereseze de anumite secte religioase din Elveția și de fondatorii lor (JOHANNES BINGGELI și ANTON UNTERNÄHRER). Studiile sale legate de acestea au fost publicate abia mai târziu (Einiges über schweizerische Sekten und Sektengründer"/ Câte ceva despre sectele elvețiene și fondatorii lor/ - Schweizer Archiv f. Neur.u.Psychiatrie, 1917; "Weiteres uber schweizerische Sektenbildungen"/ Continuare privind constituirea sectelor elvețiene/ -Schweizer Archiv f. Neur.u. Psychiatrie, 1919; "Sektiererstudien"/ Studii despre sectanți/, -Int. Zeitschr.f. Psychoanalyse, 1920; "Zwei schweizerische Sektenstifter [Binggeli und Unternährer]"/ Doi fondatori de secte elvețiene [Binggeli si Unternahrer] – Imago,1927). Aceasta a fost o activitate care l-a fascinat o perioadă pe RORSCHACH într-atât încât credea că aceasta va fi opera vieții sale.

Din motive economice, RORSCHACH caută și obține în 1915 un post de medic primar la sanatoriul cantonal Herisau din cantonul Appenzall unde rămâne până la moartea sa prematură. Aici, în Herisau i se nasc și cei doi copii, în 1917 fiica sa Elisabeth, iar în 1919 fiul său Wadin. A fost, pentru acești copii un tată iubitor și le-a urmărit dezvoltarea cu mult interes și înțelegere.

Una din primele lucrări la Herisau a fost organizarea primului curs de formare continuă elvețian pentru personalul de îngrijire, pe care l-a susținut în 1916 și 1917 în acest așezământ. Dar, ca și cercetător, RORSCHACH a rămas activ. Într-o oarecare măsură legată de mai vechea lucrare "Pferdediebstahl im Dämmerzustand"/ Hoț de cai în stare crepusculară/, RORSCHACH prezintă un studiu interesant "Assoziazionexperiment, freies Assoziieren und Hypnose im Dienst der Hebung einer Amnesie"/ Experimentul asociativ, asociația liberă și hipnoză în slujba suspendării unei amnezii/ (în "Corespondenz-Blatt für Schweizer Arzte", 1917). Iar revista "Schweizer Volkskunde" i-a publicat articolele: "Gebet gegen Verzauberung" / Rugăciunea impotriva vrăjii/, "Rugăciunea împotriva udării patului"

în 1917 și "O crimă din superstiție" în 1920. Interesul său principal era îndreptat încă asupra cercetării sectelor elvețiene, de unde s-a născut apoi experimental semnificării formei.

Preocuparea practică și științifică privind psihanaliza nu s-a diminuat. În martie 1919, la adunarea de fondare a noii Societăți psihanalitice elvețiene a fost ales vicepreședinte (prietenul său OBERHOLZER era președinte), iar el a ținut mai apoi patru prelegeri în această societate, din care două se ocupă de fondarea sectelor, iar celelalte două de psihodiagnostic. Din aceste cercuri de oameni provin EMIL OBERHOLZER, HANS ZULLIGER, GEORG ROMER, HANS BEHN-ESCHENBURG, care au fost primii lui elevi. Fiindcă de acum experimentul de semnificare a formei (Formdeutversuch) apare tot mai mult în primul plan în activitatea lui RORSCHACH.

Incitat de o dizertație a lui SZYMON HENS (1917), RORSCHACH se îndreaptă acum din nou spre experimentul petelor de cerneală pe care l-a început în 1911 împreună cu prietenul său GHERING. Materialul pentru testul RORSCHACH s-a constituit pe parcursul anului 1918 în Herisau și era deja în 1919 redactat în formă de carte. Acest manuscris, "Psychodiagnostic", care va deveni cu adevărat opera sa de viață a fost refuzată la început de către opt edituri! Abia în mai 1920 Dr. Morgenthaler reușește să o publice (pe atunci la editura BIRCHER din Berna). MORGENTHALER ne descrie în amănunt lungul război pe care a trebuit să-l ducă, împreună cu RORSCHACH în Addenda la ediția din 1954. Cele 15 planșe originare au trebuit reduse la 10 și abia în iunie 1921 opera a putut apărea. La început a fost un adevărat fiasco! Din prima ediție de 1200 de exemplare s-au vândut doar câteva bucăți. La moartea lui Rorschach aproape întreaga ediție zăcea încă la editură. Puținii critici nu se exprimau dacă nu erau chiar negativi. Lucrarea, epocală a marelui psihiatru plutea la început într-o mare de neînțelegere și rezistență, care proveneau de la acele cercuri (WILLIAM STERN, A.HOCHE, OSWALD BUMKE) cărora și psihanaliza le era o piedică în cale.

În timpul îndelungat în care planșele, date la tipărit trebuiau așteptate, RORSCHACH împreună cu HANS BEHN-ESCHENBURG emit o serie paralelă, cunoscută azi ca BEHN RORSCHACH, și în oarecare măsură și-a îmbunătățit testul. Dar nu i s-a mai permis să publice aceste constatări. Le-a luat, ca pe un secret al său, în mormânt. O apendicită trenantă i-a sfârșit viața pe 2 aprilie 1922. Cu el a pierit, comform spuselor lui EUGEN BLEULER "speranța psihiatriei elvețiene pe o întreagă generație".

HERMANN RORSCHACH a fost un om deosebit de dotat în multe domenii. Interesele și înțelegerea pentru artă (desena extraordinar) erau la el împletite cu cunoștințe solide de istoria religiilor, folclor si psihopatologie și cu un semnificativ talent lingvistic. El vorbea, în afară de germană, franceză și italiană și o rusă fluentă, cunoscând cele mai mari opere ale literaturii ruse.

A fost de un deosebit tragism al acestui geniu, faptul că moartea a pus capăt acțiunii lui chiar înainte ca experimentul de semnificare a formei sa se fi împlinit de fapt. Surprins și apăsat de aparentul eșec al operei sale, a plecat, fără măcar să aibă habar de ce success nemaiauzit i-a fost hărăzită acestei ultime opere ale sale în viitor, că ea va deveni prima și cea mai fundamentală dintre așa numitele metode proiective, raspândită pe tot globul și recunoscută drept cea mai bună dintre aceste metode.

Capitolul 2

Posibilităţile de utilizare şi abuzul în cazul Testului Rohrschach; credibilitatea acestuia: Stabilitatea (fiabilitatea) şi valabilitatea valorilor sale simptomatice (validitatea)

I. Posibilitățile de utilizare ale Testului Rohrschach

Testul Rohrschach este atât un instrument de examinare, cât și unul de cercetare. Aceste caracterisctici îi conferă posibilități de utilizare extraordinar de extinse.

1. Ca *test de examinare*, interpretarea formelor poate să își găsească întrebuințare în toate situațiile în care este necesară formarea unei imagini despre structura caracterială a unei personalități în timp relativ scurt.

a) În *Psihologia muncii*, testul este (pe lângă grafologie) o unealtă excelentă pentru completarea investigațiilor speciale psihotehnice sub aspect caracteriologic. Îndeosebi în cazul muncii calificate, pentru consilierea funcționarilor înalți din industrie și comerț în dificultățile pe care le întâmpină (tratamentul acordat subalternilor etc.), precum și în problemele legate de relocare (din nou, mai ales în cazul persoanelor aflate în poziții de conducere), testul poate fi de real folos.

Un domeniu important de utilizare a testului Rohrschach în cadrul psihologiei moderne a muncii este *prevenirea psihologică a accidentelor*. Aici, testul Rohrschach își poate găsi utilitatea mai ales la excluderea „accidentiștilor" nevrotici (persoanelor nevrotice cu potențial de a produce accidente) dintre conductorii de tren și șoferii de pe mijloacele de transport în comun, de la obținerea permisului de conducere a autovehiculelor și mai ales de la selecția piloților. Cei cu tendință pasivă la accidente (în sensul lui KOELSCH), în speță persoanele care prezintă o necesitate nevrotică de a fi pedepsiți, vor fi diagnosticați doar în mod excepțional pe această cale. Pe de altă parte, testul este un mijloc bun de a îi diagnostica pe cei cu tendințe *active* la accidente, bunăoară încăpățânații, cei care ignoră pericolul și cei neglijenți.

În general se admite că psihotehnica modernă, de la trecerea de la consilierea profesională pur negativă, la cea care include și aspectele pozitive, nu se mai poate debarasa de investigarea personalității.

b) Când vine vorba despre tineri, această activitate transcende adesea *psihologia juvenilă*, unde Testul Rohrschach, pe lângă *consilierea profesională*, a devenit o tehnică adjuvantă aproape indispensabilă, mai ales în domeniul *consilierii educaționale*. Cauzele dificultăților de educaționale și de adaptare pot fi diagnosticate cu relativă ușurință pe această cale, eventual chiar o testare a părinților sau a învățătorului/profesorului putând descoperi *la aceștia* un comportament nevrotic drept cauză a dificultăților educaționale. Pentru detalii mai amănunțite se recomandă numeroasele lucrări ale lui HANS ZULLIGER.

c) De asemenea, Testul Rohrschach joacă un rol important în *psihologia militară.* Acesta poate fi propus încă din momentul recrutării, în cazul în care există îndoieli, dar și mai importantă este însă folosirea sa în selecționarea viitorilor ofițeri, datorită posibilității de a detecta, cu destul de mare certitudine, acele trăsături de caracter, care nu se potrivesc candidaților la cariera de ofițer. Aceleași considerații sunt valabile și în cazul personalului special (trupe de intervenție, trupe tenice speciale, operatori radio etc.).

d) Un alt domeniu de utilizare a Testului Rohrschach este *consilierea cuplului*, precum și *consilierea familială* psiho-igienică, care în unele țări a devenit o realitate. Utilitatea sa în aceste situații este legată atât de diagnosticarea nevrozelor, cât și de puncte de vedere pur caracteriologic.

e) Unul din punctele importante de tranziție de la domeniile de utilizare psihologice la cele psihopatologice ale testului Rohrschach este *expertiza judiciară*. Este vorba în primul rând de *credibilitatea martorilor importanți* (pentru detalii vezi tratatul lui ZULLIGER despre Testul Bero), și, bineînțeles, despre examinarea *psihologică în criminaliistică* și *psihiatria medico-legală,* a delicvenților.

f) De la precedentul domeniu nu trebuie făcut decât un pas pentru a ajunge la domeniul clasic de utilizare a testului Rohrschach, anume *dianosticul psihiatric.* Deoarece aproape jumătate din prezenta lucrare abordează probleme ale diagnosticului psihiatric, nu mai este necesar să prezentăm aici mai multe detalii.

Dimpotrivă, este potrivit aici să fie spuse câteva cuvinte despre *colaborarea dintre medic și psiholog*. Puțini sunt medicii care au timpul și răbdarea de a se famliariza în mod riguros cu procedeul Rohrschach, pe lângă activitatea lor profesională obositoare din spital sau de la cabinetul privat. Instituția americană a „*psihologilor clinicieni*" (engl. *clinical psychologists*) a devenit de aceea și în Europa, treptat, o necesitate. Singura modalitate rațională de colaborare este în această situație echipa, în care în Statele Unite conlucrează în mod egal medicul, psihologul și asistentul social.

În multe locuri din Europa domnește încă ceea ce a fost denumit de către psihiatrul american JAMES G. MILLER, o personalitate de frunte a Veterans Administration, „pecking order" (legea ciondănelii psihologice), și la care în America s-a renunțat aproape complet în prezent.[1] Faptul că psihologul clinician este privit încă în multe locuri ca un ajutor subordonat nu este numai o problemă a prestigiului de breaslă sau anarcisismul micilor diferențe", ci este chiar contraproductiv unei colaborări fructuoase. Pentru că în aceste condiții, psihologului nu îi sunt oferite adesea condițiile de muncă în mod obiectiv potrivite. Trebuie insistat aici în special asupra maliției. Psihiatrii, care nu cunosc Testul Rohrschach, sau îl cunosc foarte superficial, pretind uneori că psihologul trebuie să pronunțe verdictul Rohrscach fără a cunoaște conținutul foii de observație și simptomatologia prezentată de pacient și abia *ulterior* să studieze foaia de observație. Această pretenție se sprijină pe prezumpția greșită că valoarea „științifică" a examinării este crescută de faptul că nu este cunoscut deja modul în care a fost pusă problema.

---

1 James G. Miller, , Clinical Psychology in the Veterans Administration. The American Psychologist, vol. I, 1946, p. 181-182.

În realitate, lucrurile stau chiar diametral opus: așa cum medicul trebuie ia în considerație, pentru stabilirea diagnosticului său, rezultatele investigațiilor biologice și psihologice, la fel și psihologul necesită pentru verdictul său datele clinice și rezultatele investigațiilor biologice. Abia în baza lor se poate da rezultatul testului într-un context corect.

Nici măcar un medic radiolog nu se va pronunța asupra radiografiei efectuate de el însuși, fără să arunce o privire asupra foii de observație. Testul Rohrschach este o *modalitate adjuvantă de diagnostic*, nimic mai mult.

În activitatea de rutină a clinicii, psihologul va pune protocolul pe care l-a parcurs și schițat fără a avea cunoștință de datele clinice în foaia de observație, înaintea examinării clinice. Abia apoi trebuie să ia cunoștință de toate datele clinice disponibile, inclusiv de investigațiile de laborator, eventual efectuate deja. Ținând cont de *toate* datele trebuie să ia poziție referitor la problemele rămase încă fără răspuns din punct de vedere al testului și să marcheze eventualele neclarități ca atare (cu sintagma „non liquet" – lat. „este neclar"), astfel încât investigațiile ulterioare să poată fi justificate. Această metodă va menține prestigiul Testului Rohrschach și va pune cu adevărat în lumină performanțele sale. Căci nu rar se întâmplă ca Testul Rohrschach să ridice suspiciunea asupra unei etiologii organice, să aducă în discuție elemente constituționale noi sau elemente de mediu sau să mute accentul de pe un factor etiologic pe altul, lucruri posibil de clarificat prin explorări clinice ulterioare.

2. Ne vom dedica acum modalităților de utilizare ale testului Rohrschach *în scopuri de cercetare.* Posibilitățile multilaterale ale metodei Rohrschach ca test de cercetare nu au fost nici pe departe epuizate.

În cazul examinărilor de grupuri sau în masă (care însă nu trebuie efectuate în grup), rezultatele testelor pot fi clasificate după tipuri sau pot fi *corelați* statistic anumiți *factori de test*, psihologic relevanți, astfel incât corelația să aibă sens. În această manieră, testul se poate constitui într-o metodă adjuvantă pentru *cercetarile constituției și ale eredității* de diferite tipuri[1]. O altă modalitate o reprezintă examinările catamnestice privind influența *factorilor de mediu* asupra dezvltării inteligenței și caracterului la normali, sau de exemplu la psihopați. Pentru cercetarile psihologiei *tipurilor vocaționale,* ale psihologiei *sexelor* sau a *categoriilor de vârstă* și mai ales pentru psihologia diferențială a grupurilor, Testul Rohrschach poate furniza multe posibilități încă neutilizate. Testul poate fi utilizat cu succes și în *psihofarmacologie*[2]. Ar fi interesantă de asemenea explorarea, cu ajutorul Testului Rohrschach, a disputatei chestiuni a așa-numitelor *caractere naționale.* Un început în acest sens a fost făcut deja la popoarele primitive, în *etnografie.* O recomandare în acest sens ar fi contribuția lui OBERHOLZER în: CORA DU BOIS: "The people of Alor" (Minneapolis, 1944). Și – ultimul, dar nu și cel de pe urmă – cercetarea în serviciul *igienei mentale* (etiologia și prevenirea nevrozelor și psihozelor, probleme legate de familie, muncă, profesie/vocație și, ca sarcină de primă

1 De exemplu ne referim la lucrarea lui Manfred Bleuler, „Experimentul Rorschach la frați". Zeitschrift für Neurolog, vol.118, 1929, p. 366-398.

2 Vezi spre exemplu: Bleuler și Wertham, lucrarea privind efectul mescalinei, APch. of Neurol and Psychiatry, 7, 1932.

importanță, prevenirea psihologică a războaielor) reprezintă încă o multitudine de ținte care își așteaptă abordarea din partea specialiștilor în Testul Rohrschach.

3. Astăzi se recomandă tot mai mult, mai ales în cazurile importante (de ex. în epertiza judiciară) să se lucreze cu *dublă testare (test-retest*). KUHN și ZULLIGER au indicat avantajele acestui demers. Se impune aici, în funcție de diferite stuații repetarea testului în decurs de zile (de ex. la cazurile sub observație sau la criminali), de săptămâni, luni sau chiar ani (de ex. în cazul controlului efectului terapeutic). Această repetare se poate face, după un interval mai lung, cu seria originală. Dar la o repetare după puțin timp este mai bine să se utilizeze *seria paralelă* (ZULLIGER, Bero-Test, vezi bibliografia).

4. Adesea este util să folosim testul Rorschach *în combinație cu alte teste*. Acesta poate fi un test de inteligență (BINET-SIMON, TERMAN-MERILL, WECHSLER, MEILI) sau un test special, pentru a lămuri chestiuni deosebite (atenție, concentrare, combinări, aptitudini grafice, sau muzicale, etc.). La tineri, la care apar dubii privind dezvoltarea intelectuală testul labirint al lui PORTEUS ne poate da o orientare rapidă privind aptitudinile intelectuale[1]. În cazul unor tulburări de memorare la organici se va administra o probă ZIEHEN - RANSCHBURG (perechi de cuvinte) Concentrarea se va proba cu o probă simplă sau complicată BOURDON, capacitatea de combinare cu testul EBBINGHAUS, eventual și cu testul MASSELON. Oboseala se probează cu metoda calculului KRAEPELIN. In cazul bănuielii de discromatopsie cel mai simplu de folosit sunt planșele ISHIHARA sa POLLACK.

Este de considerat faptul că astfel de *teste de performanță* să nu fie niciodată administrate înaintea testului Rorschach, fiindcă astfel subiectul este ușor de indus într-o postură de examen și este mai ușor de introdus prin administrarea netedă, fără dificultăți a testului Rorschach.

Tematic *Apperception Test (TAT)* al lui MURRAY și *testul de asociere la cuvinte stimul* în modul WUNDT – JUNG, pot fi folosite, cu succes, mai ales în cazurile de așa numite nevroze situaționale. In cazul testului asocierii verbale este bine să administrăm întâi Rorschach și să-l prelucrăm temeinic. Apoi se iau din protocolul Rorschach un grup de presupuse răspunsuri complexuale și se amestecă acestea într-o listă standard de 100 de cuvinte (o astfel de listă se găsește în psihologia medicală a lui KRETSCHMER), de unde se iau un număr corespunzător de cuvinte presupus mai indiferente. Cuvintele reacție și timpii de reacție se protocolează ca de obicei cu un cronometru și apoi se face experimentul de reproducere. Trebuie subliniat că această tehnică de explorare analitică poate fi în anumite circumstanțe prescurtată, dar nu poate fi nicicum înlocuită.

În expertiza caracterologică a normalilor combinația cu testul WARTEGG s-a dovedit valoroasă, îndeosebi cu aceea utilizată în practica elvețiană, varianta policromă[2].

Pentru detectarea tulburărilor *capacității de abstractizare* la demențele organice sau schizofrene există o serie de teste speciale ale lui GELB, GOLDSTEIN, SCHEERER și WEIGL, colectate în “Abstract and Concrete Behavior”[3] a lui GOLDSTEIN și SCHEERER.

1 STANLEY PORTEUS, The Maze Test and Mental Differences, Vineland, New Jersey, 1933

2 În conformitate cu comunicările orale ale D-lor Dr. HANS SPRENG și HANS ZULLIGER

3 KURT GOLDSTEIN and MARTIN SCHEERER, Abstract and Concrete Behavior, An experimental Study with special Tests. Psychological Monograph 53, 2 Evanston, Illinois, 1947

În anumite cazuri de probleme de diagnostic diferențial între epilepsie, tetanie, isterie și traumatism cranian sau la presupunerea altor anume tulburări organice (lues, tumoră cerebrală), când sunt prezente indicii fizice, putem utiliza *diagnosticul prin post imagine* (imagine consecutivă) după VUJIC-LEVI[1].

La copiii preșcolari Testul Rorschach se va combina cu testele pentru copii mici ale lui BÜHLER-HETZER, pentru a determina gradul de dezvoltare (maturizare), respectiv cu *testul imaginii lumii*, sau cu *testul mozaic* ale lui MARGARET LOWENFELD dacă apar tulburări nevrotice.

Unele clinici americane folosesc în mod rutinier baterii de teste complete în care este cuprins uneori și testul Rorschach, așa cum e de exemplu la Clinica Menninger [2].

Testul Rorschach nu este adecvat pentru testare în grup și ar fi o nechibzuință să-l utilizăm astfel încât după un test în grup să-l utilizăm ca test individual, după care nu mai poate fi utilizat. In cazul în care e nevoie să fie mai întâi "filtrate" grupuri mai mari, pentru ca să fie apoi examinate individual cazurile în dubiu (cum e în cazul psihologiei militare sau în psihologia muncii), se impune folosirea testului Z (Z-Test) ca test de grup care s-a validat în timpul celui de-al doilea război mondial[3]. Testul Z se poate obține acum și sub formă de planșe care sunt adecvate pentru aplicări scurte.

Testul Rorschach se poate combina și cu alte teste de personalitete. Testul Rorschach și testul SZONDI[4] se completează reciproc (această combinație e utilizată și la clinica Menninger), iar *grafologia* poate fi combinată tot atât de bine cu Rorschach. Anumite lucruri ce nu sunt surprinse de Rorschach, pot fi surprinse de grafologie. Pe de altă parte aptitudinile creeatoare ale geniilor nu sunt vizibile în scrisul lor, dar în Rorschach apar uneori (în primul rând prin K și Orig); iar scrisul nu detectează în general nici un diagnostic psihiatric, în timp ce testul Rorschach o face adesea[5].

În sfârșit, trebuie să mai amintim că pentru o primă orientare de ordinul psihologiei expresiei, mai ales la pacienții nevrotici ne poate da și *experimentul desenului copacului* a lui KOCH[6] (după o idee de JUCKER) ca o completare a testului Rorschach. El presupune însă și cunoștințe grafologice.

5. Un cuvânt încă privitor la așa numitul *diagnostic în orb*. În sens strict se înțelege prin diagnosticul în orb preluarea protocolului de către un expert și evaluarea lui de către un alt expert. Dacă aceasta se întâmplă ca un "sport" pentru a demonstra spiritelor neîncrezătoare capacitățile experimentului, sau dacă aceasta se întâmplă pe motivul controlului științific al unor sindroame Rorschach nou descoperite, ori pentru alte comparații științifice, nu avem desigur de ce să ne opunem. Dar dacă vor trebui trase concluzii din test, fie în scopul

---

1 VLADIMIR VUJIC und KURT LEVI, Die Pathologie der optischen Nachbilder und ihre klinische Verwertung, Basel, 1939

2 DAVID RAPPAPORT, Diagnostic Psychological Testing, Vol.I and II, Chicago, 1945, 1946

3 HANS ZULLIGER, Der Z-Test. Ein Formdeut-Verfahren zur Psychologischen Untersuchung von Gruppen. Bern,1948

4 L. SZONDI, Experimentelle Triebdiagnostik. Bern 1947

5 LUDWIG KLAGES, Was die Graphologie nicht kann, Zurich, 1949, p. 333/34

6 KARL KOCH, Der Baumtest, Der Baumzeichenvesuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel, Bern, 1949

diagnosticului psihiatric, fie pentru o expertiză medico-legală, ori pentru o consiliere profesională, sau de carieră sau ceva asemănător, atunci acest demers trebuie direcționat spre ceea ce este decisiv. Doar o strânsă colaborare între medic și expertul Rorschach poate duce aici spre scop, dacă nu cumva chiar medicul poate efectua cercetarea Rorschach. MORGENTHALER consideră chiar nepermis să te rezumi în practică doar la test[1] și în același sens se pronunță și BINDER[2]. Testul Rorschach nu are o poziție deosebită în acest sens. Același lucru e valabil și pentru WARTEGG, pentru SZONDI și pentru T.A.T. Și rezultatele lor sunt de luat în considerare doar ca ipoteze de lucru, care pot fi confirmate abia prin alte investigații. Pentru testul Rorschach ar putea fi spus la fel de bine precum o spune Prof. MURRAY pentru T.A.T.: "O analiză în orb este un tur de forță, o cascadorie care poate fi de succes sau nu: ea nu își are locul în practica clinică"[3].

II. Prerechizitele examinatorului

Poate învăța oricine testul Rorschach? În principiu da, dacă are inteligența necesară și are aptitudini specifice. Nici un bun medic sau un bun inginer nu poate deveni oricine. Și aici e nevoie de o anume aptitudine, dar ca și medicina sau ingineria poate fi învățat. Astfel că există experți Rorschach buni sau proști precum există ingineri buni sau proști.

În afara inteligenței solicitate și a aptitudinilor psihologice, testul Rorschach cere mult timp și multă răbdare.

Cel mai important este însă următorul lucru: Testul Rorschach împărtășește cu grafologia și cu testul Szondi caracteristica de-a fi *doar un instrument* al cărui stăpânire tehnică nu-i garantează încă succesul. Cele mai importante sunt *cunoștințele psihologice*. Szondi a emis odată vorba de aur: "Un administrator de test fără psihologie e mult mai periculos decât un psiholog fără teste." Și din nou am putea afirma pentru testul Rorschach ceea ce citim la MURRAY: " Viitorul T.A.T. –ului depinde de posibilitatea de perfecționare a celui care interpretează testul (instrumentul uitat al psihologiei), mult mai mult decât o poate face perfecționarea materialului" (Op. cit. p. 6).

Dar de ce cunoștințe are nevoie cel ce lucrează cu testul Rorschach? Se consideră pe alocuri expres astăzi că studiul academic al psihologiei experimentale ar califica și pentru utilizarea testului Rorschach. Acest lucru nu este corect. Cunoștințele de psihologie experimentală sunt utile și necesare, dar aproape mai importante sunt caracterologia și psiholgia medicală[4] cu diversele ei domenii speciale. Cum acestea nu se studiază la toate universitățile, începătorul într-ale Rorschach-ului va trebui să se străduiască singur în acest sens. Concret spus: Pentru a putea utiliza practic testul Rorschach cu succes trebuie să ai

---

1 W. MORGENTHALER, Einfuhrung in die Technik von Rorschach Psychodiagnostik, in RORSCHACH, Psychodiagnostik, p.233

2 HANS BINDER, Die Klinische Bedeutung des Rorschac'schen Versuches, in: Psychiatrie und Rorschac'scher Formdeutversuch, Zurich, 1944

3 HENRY MURRAY, Thematic Apperception Test, Manual, p. 6 și 14

4 Am spune mai exact astăzi : psihologia personalității și psihologia clinică, chiar dacă au un înțeles mai larg (n.t.)

în afara unei *pregătiri psihologice generale comprehensive*, cunoștințe temeinice în domeniul *caracterologiei, ale psihologiei tipologice, al psihologiei copilului și dezvoltării, al psihologiei clinice și al psihiatriei teoretice și clinice*. Psihofiziologia, neuropsihologia, endocrinologia, genetica, antropologia, psihologia socială și statistica sunt, bineînțeles, prerechizite ale unei formări psihologice moderne.

În contrast cu unii psihologi noi suntem determinați să credem că cel puțin *cunoaștințe teoretice de psihanaliză* (și de psihologie abisală în general) sunt o premiză absolut necesară dacă dorim să prelucrăm creeativ testele bogate în răspunsuri complexuale care apar adesea la nevrotici și la nevrozele de caracter. Ca în orice lucrare teoretică cu caracter psihanalitic se recomandă ca cel care interpretează să fi trecut el însuși printr-o psihanaliză. Totuși, în acest sens pentru expertul Rorschach nu se pun condiții atât de stricte ca pentru un terapeut.

III. Utilizarea eronată a testului

1. Aici sunt de amintit mai întâi multiplele *erori metodologice*, care apar tot mai mult în literatură, iar autorii pretind mereu că lucrează cu "Rorschach". Nu dorim să dăm nume, dar considerăm necesar să dăm câteva exemple din nenumăratele publicații de acest fel, pentru a feri viitorul cercetător de astfel de greșeli. Pentru faptul că acestea vor fi reluate pe ici pe colo în capitolele următoare, ne cerem iertare.

Încă înaintea traducerii publicației originale a lui RORSCHACH s-au strecurat în literatura de specialitate străină (non germană, n.t.) o serie de neînțelegeri lingvistice, care au trecut apoi de la o lucrare la alta. Această eroare am găit-o în primul rând privind chestiunea DG-urilor, dar și privind răspunsurile anatomice și Hd. Aceasta a adus bineînțeles multă confuzie.

Mai rău a fost că unii autori au confirmat prin lucrările lor că pentru ei concepția kinesteziei, a șocului cromatic sau chiar a diferitelor răspunsuri cromatice le-a rămas străină. Cineva care între 300 de studenți, nu au găsit nici unul, sau între 1780 de sănătoși și bolnavi a găsit doar 25 de cazur de șoc cromatic, fie trăiește pe o altă planetă, fie nu știe pur și simplu despre ce e vorba.

De domeniul erorilor metodologice aparțin diversele "*Înbunrăutățiri*" ale metodei. Le vom numi într-o ordine oarecare: Explicații prea detaliate despre test date subiectului (de exemplu, explicații privind realizarea planșelor, înainte de test) ; Restricționarea timpului de expunere al planșelor (dacă vrem să cunoaștem caracterul activității unei persoane, precum atitudinea față de rapiditate, productivitate, amănunțire, timpul nu trebuie restricționat)[1]; Utilizarea așa numitului "trial blot", prin care prima planșă preia caracterul celei de-a doua; Interzicerea rotirii planșelor; Calcularea interpretărilor de nuanțare (umbrire) ale lui BINDER (F(C)+) de partea răspunsurilor culoare (cromatice) la Tipul de rezonanță intimă (chiar dacă BINDER a făcut-o !).

Chiar utilizarea în anumite locuri a testului Rorschach ca *test de grup*, cu restricție de timp și uneori cu răspunsuri dinainte preparate la alegere este o eroare de utilizare. Testul Rorschach este un *test specific individual*, iar când îl utilizăm ca test de grup el pierde în mod

1 RICHARD MEILI, Psychologische Diagnostik, Bern, 1951, p.286

necesar o serie întreagă din factorii săi cei mai valoroşi, ne mai vorbind că figurile pe ecran acţionează complet altfel decât pe planşa ţinută în mână, astfel că dispare orice posibilitate de comparaţie[1].

O greşală, pe care o fac aproape toţi începătorii este comunicarea scrisă a rezultatelor la test către laici în psihologie, care nu pot înţelege terminologia psihologului şi o înţeleg neadecvat. Pe bună dreptate KLOPFER atenţionează asupra faptului, care ar trebui să fie o regulă, ca evaluările şi considerentele de natura psihologiei abisale în general, din propriul test, să nu-i fie făcute accesibile subiectului. Astfel că rezultatul testului unui pacient să-i fie împărtăşit doar medicului curant. Chiar şi în cazul celor mai buni prieteni trebuie să fim prudenţi şi să comunicăm aceste lucruri, doar atunci când este vorba de persoane analizate, sau persoane de specialitate care doresc să înveţe metoda. Prin aceasta nu spunem că subiectului, sau pacientului nu i se comunică oral rezultatul testului. Doar că trebiue să avem în vedere că modul de exprimare trebuie să fie mereu adecvat înţelegerii subiectului, iar comunicarea amănuntelor psihopatologice şi psihodinamice atinge uneori zone ce ţin de terapie şi de aceea trebuie să fie făcute sub avertizarea unor puncte de vedere terapeutice. În aceste condiţii şi într-un contact personal apropiat asfel de comunicări ale rezultatului testului sunt foarte utile.

Neghiobia *testului în orb*, acolo unde nu există scopuri de cercetare sau de învăţare am pomenit-o deja, dar cu acest prilej atenţionăm asupra unei greşeli grave, care a fost adesea întâlnită în conexiune cu diagnosticul în orb. Ne referim la preluarea protocolului de către persoane neinstruite. Un bun expert Rorschach nu va lua în considerare un astfel de protocol. Fiindcă la preluarea unui protocol există foarte multe amănunte de observat, pe care le înţelege doar cel care stăpâneşte el însuşi tehnica testului. Diagnosticianul în orb lucrează astfel de două ori mai "orb", atunci cănd protocolarea o face un neinstruit; fiindcă multe amănunte, probabil decisive pot să lipsească şi astfel, bineînţeles nu sunt evaluate. Dacă totuşi trebuie să facem un test în orb acesta trebuie să se facă între colegi experţi. Dacă nu avem aşa ceva la dispoziţie atunci cel ce preia protocolul trebuie să fie cel puţin un "administrator de Rorschach" dacă nu un "*interpretator de Rorschach*" aşa cum foarte potrivit îi desemnează psihologia americană.

2. Nici măcar o greşală în sensul strict al cuvântului, dar complet lipsită de valoare este utilizarea *fără gând, nereflexivă, mecanică* a anumitor metode statistice şi a unor metode de control ale testului, care nu sunt adecvate pentru Rorschach. Cu ce păcătuiesc acestea s-ar putea umple o carte groasă care însă nu merită scrisă; fiindcă ar fi atât de plictisitoare încât nu ar citi-o nimeni. Ne vom ocupa doar de câteva mici eşantioane:

a) Aici sunt, nu în ultimul rând, numeroasele încercări de standardizare a aşa numitelor valori "*normale*" pe un material uman compus din elevi mari şi studenţi. Este clar că aici e vorba de o pondere unilaterală a inteligenţelor teoretice şi totodată o tendinţă corespunzătoare ridicată spre trăsături de caracter compulsive. În acest fel Dd şi Do -urile propriu zise ale ale lui Rorschach se vor standardiza drept D- şi Ban.

---

1 vezi RORSCHACH, Psychodiagnostik, p.16.

O *calibrare statistică* de-a dreptul mecanică a metodei Rorschach *nu este posibilă*. Deoarece fiecare răspuns este de evaluat în conexiune cu întregul protocol și va trebui astfel marcat, desemnat în mod corespunzător. Acest punct de vedere este accentuat nu doar de către BINDER[1] și KLOPFER ("Nu există posibilitatea unei schematizări rigide")[2], ci, așa cum amintește BINDER, un întreg colegiu de cunoscători americani ai testului (KLOPFER, KRUGMAN, KELLY, MURPHY și SHAKOW) s-au pronunțat în 1939 în acest sens. Iar BROSIN și FROMM[3] cred, probabil pe drept, că lamentabila căutare a standardizării își are originea în speranța că metodele mecanice le-ar ușura celor ce aplică teste, dificila sarcină a evaluării.

b) O a doua eroare este utilizarea metodei "*split-test*" pentru determinarea gradului de încredere (reliability) al testului Rorschach, unde nici măcar nu există două părți omogene, fără să mai ținem cont că testul printr-o astfel de rupere pierde o mulțime de factori (succesiunea, repartizarea șocurilor). Întregul e mai mult decât suma părților !. Dcă am dori să aplicăm acestă metodă, cele două părți ar trebui să fie complet ecivalente.

c) Nici metoda *test-retest* la un interval de un an nu poate fi folosită la copii, pentru a proba cu asta stabilitatea testului. Caracterul la copii nu este o constantă "Caracterul nu poate fi pus la saramură pentru câțiva ani", (la fel precum entuziasmul nu e o marfă din piața de pește, precum spune GOETHE).

d) Determinarea *șocului cromatic* poate implica dificultăți uneori. Dar acest lucru nu poate fi sărit și considerat șocul doar în funcție de abaterea în plus de la un *timp de reacție mediu* standard la o planșă. Când toți timpii de reacție ai reacțiilor la șoc sunt introduși în calculul mediei, acest lucru induce în eroare, fără să mai spunem că șocul cromatic poate fi exprimat (și deci recunoscut) și în alte moduri, uneori chiar prin prescurtarea timpului de reacție!

e) Ca un ultim exemplu al unei confuzii statistice, dorim să amintim calculul de medie al factorilor Rorschach pe *grupuri biologic eterogene*, o greșală care, din păcate, este atât de răspândită și față de care BINDER a luat, pe drept, atitudine[4].

Pentru a evita înțelegerile eronate trebuie să subliniem în final că nici *cercetarea Rorschach nu poate reuși fără metode statisticce*. Este însă de avut grijă ca *punerea problemelor și metodele* să fie în raporturile corecte una față de alta, iar caracterul testului să-și păstreze toate posibilitățile de nuanțare individuală. RORSCHACH însuși și-a dorit explicit experimente de control, "parțial prin metodele psihologilor". El vorbește aici foarte corect despre experimente de control "care ar ținti câte un anume simptom"[5]. Astfel de lucrări care caută controlul unor valori simptomatice al unor factori individuali trebuie să se concentreze asupra presupuselor valori simptomatice a acestor factori (de ex. capacitatea de concentrare)

---

1 H. BINDER, Die Klinische Bedeutung des Rorschach'schen Formdeutversuchs, in : Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch, Zurich, 1944

2 KLOPFER and KELLY, The Rorschach Technique, New York, 1942, p.21

3 HENRY W. BROSIN and ERIC FROMM, Some principles of Gestalt Psychology in the Rorschach Experiment. Rorschach Research Exchange, IV, 1942, p. 3

4 H. BINDER, Op. cit. p.20

5 HERMAN RORSCHACH, Psychodiagnostik, p. 115

și nu au dreptul să le compare cu necunoscute noi așa cum se întâmplă în cazul corelațiilor fără sens ale factorilor eterogeni ai diferitelor teste. WOLFGANG KÖHLER spune despre metodele cantitative în psihologie: "Lăsați-ne să le aplicăm dar nu înainte de a ști din analiza calitativă unde găsim problemele bune pentru analiză cantitativă"..."astfel, metodele productive conțin o ipoteză îndrăzneață esențială întrucât cer și observație adecvată"[1]. Iar EUGEN BLEULER spune privitor la această problemă: " Adevărata exactitate a gândirii și a rezultatelor obținute nu constă în utilizarea matematicii, ci în utilizarea lor corectă, adică ponderea să fie pusă pe exactitatea gândirii"[2]

IV. Încrederea, stabilitatea (reliability) și validitatea valorilor simptomatice (validity) ale testului Rorschach

De când R.A. FISHER a introdus în știința controlului testelor conceptele de *"reliability"* și de *"validity"*, s-au încetățenit într-atât încât pot fi considerate un bun din tezaurul general al științei psihologiei. Utilizarea germană este puțin diferită. "Încrederea" (Zuverläsigkeit) este utilizată și pentru stabilitate (de exemplu coeficient de încredere pentru coeficient de stabilitate) De fapt "încrederea" (reliability) este conceptul mai cuprinzător pentru ambele caracteristici și de aceea vom vorbi despre controlul încrederii respectiv al validității.

1. Stabilitatea (reliability)

I s-a reproșat uneori testului Rorschach lipsa de obiectivitate. Faptul că unul și același răspuns "la subiecți diferiți trebuie marcat diferit ... dacă impresia generală privind situația sau ordnea de idei interioară din răspuns la cei doi subiecți este foarte diferită"[3], a dat, pentru neinițiați, impresia că subiectivitatea are cale deschisă la marcare, la desemnarea răspunsurilor. In general putem face remarca că în majoritate se plâng de lipsa de obiectivitate începătorii sau cei cu puțină experiență personală, în timp ce între cunoscătorii cu experiență există un larg consens. Și BINDER scrie:"In plus, rezultatele practice ale metodei Rorschach dovedesc mereu că subiectivitatea evaluatorului nu are o pondere prea mare atâta timp cât protocoalele sunt evaluate de cunoscători adevărați ai experimentului, care au prelucrat un material de comparare suficient de mare pentru a putea cumpăni cu siguranță și finețe. S-a trimis adesea același protocol la diferiți evaluatori experimentați și s-a obținut de la ei întotdeauna psihograma corectă, identică"[4].

În afara acestei metode (*concordanța între evaluatori diferiți* de aproximativ aceeași formare și experiență) stabilitatea testului poate fi probată și prin metoda test- retest, iar

---

1 WOLFGANG KOHLER, Gestalt Psychologie, New York, 1945, p.53 și 54

2 EUGEN BLEULER, Das autistish-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Uberwindung, Berlin, 1921

3 BINDER, op. cit, p. 17/18

4 Ca exemple sunt pomenite lucrările lui M.R.HERTZ și B. RUBINSTEIN: A comparison of tree "blind" Rorschach analyses. Am. J. of Ortopsychiatry, 1939, Vol.9, p.295-315

aceasta doar atunci când e vorba de adulți , iar intervalul test retest nu este prea lung. Subiecții nu ar trebui să fie nici într-un tratament psihoterapeutic, să nu fie supuși unei schimbări semnificative de mediu sau să fie tocmai în perioada unei crize existențiale. Fiindcă la modificări de caracter nu vom putea pretinde nici de la test rezultate identice.

IRWING A. FOSBERG[1] a demonstrat că conținutul obiectual al răspunsurilor, în primul rând tipul de rezonanță intimă nu se schimbă chiar dacă se sporește sau se scade deliberat numărul de răspunsuri. FOSSBERG a administrat de patru ori testul acelorași subiecți: 1. În condiții normale, 2. Sub consemnul de-a face cea mai bună impresie, 3. Sub consemnul de-a face cea mai proastă impresie și 4. Cu atenționare asupra unor detalii deosebite. El obține o corelație de 0,80-0,90. (Bernreuter Inventory dă un tezultat mult mai prost). Acest experiment este până acum cea mai bună dovadă privind încrederea (în sensul stabilității) a testului Rorschach.

În favoarea stabilității metodei vorbește și faptul că GUIRDHAM[2], în materialul lui găsește aproape aceleași valori medii ca și Rorschach însuși.

2. Validitatea valorilor simptomatice (validity)

În lucrarea citată a lui GUIRDHAM acesta afirmă că în toate lucrările comparabile, dintre toate valorile simptomatice ale testului Rorschach *K* si *C (kinesteziile și culoarea, valorile cromatice)* s-au dovedit a fi cele mai de încredere (op. cit. p. 868). Întrucât acești doi factori și cu ei tipul de rezonanță intimă constituie nucleul esențial al testului, se poate aștepta astfel și în alte privințe o validitate mare.

Așa este într-adevăr. În locul unei mulțimi de lucrări, în care s-au comparat diagnosticele clinice cu cele Rorschach, dorim să aminim una dintre cele mai bune lucrări ale lui BENJAMIN și EBAUGH[3], care au comparat diagnosticele clinice și Rorschach într-un studiu orb, pe 50 de pacienți cu rezulatul unei corelații de 85% al diagnosticelor (în toate amănuntele) și de 98% privitor la diagnosticul principal. Nici nu putea fi dovedită mai bine validitatea valorilor simptomatice ale testului Rorschach.

Cât de sigură este valoarea simptomatică a șocului cromatic în nevroze ne-o dovedește într-un mod original BROSIN și OPPENHEIMER-FROMM[4], care dintre 12 subiecți parțial discromatopsici găsește un șoc cromatic doar la cei 5 nevrotici din lot și la nici unul dintre ceilalți. Diagnosticele de nevroză au fost controlate clinic.

Din nenumăratele lucrări apărute peste ani privitor la validitatea testului Rorschach ar mai fi de amintit doar una, din cauza modului original al punerii problemei. CALDWELL,

---

1 I.A.FOSBERG, An experimental study of the reliability of the Rorschach psychodiagnostic technique, Rorschach Research Exchange, Vol.2, p. 72-84

2 ARTHUR GUIRDHAM, On the value of the Rorschach Test. The Journal of the mental Science, Vol. 81, 1935, p. 866

3 JOHN.D.BENJAMIN, FRANKLIN G. EBAUGH, The diagnostic validity of Rorschach Test, The Am. J. of Psychiatry, Vol.94, 1940, p.1163-1178

4 H.W.BROSIN & ERICA OPPENHEIMER-FROMM, Rorschach and color blindness. Rorschach Research Exchange, Vol. IV., 2, 1940, p.39-70

ULETT, MENSCH și GRANICK[1] au dat la 3 psihologi diferiți sa evalueze protocoalele a 24 de pacienți psihiatrici și 10 normali care erau astfel preluate: o treime a protocolului era preluată de evaluatorul însuși, o a doua de altcineva, iar pentru a treia parte îi era dată la evaluare doar calcularea deja făcută. Coincidența evaluarilor asupra acestor trei "niveluri ale materialului" ("levels of data") a fost comparată. S-a dovedit că sensibilitatea testului cu reducerea progresivă a "nivelului materialului" nu a produs nici o pierdere semnificativă, adică chiar "protocoalele în orb" (precum experimentele în orb), doar cu date de calcul ale psihogramei formale, în mâna unui profesionist sunt aproqape la fel de demne de încredere ca și preluările de proprii de protocol. Lucrarea arată totodată cât de utile și pline de sens sunt categoriile luate în calcul la prelucrarea testului.

În esență metoda Rorschach nu permite o simplă standardizare mecanică și - așa cum am mai spus – nici nu este de dorit. Cunoscătorii și mai ales cei pricepuți ar trebui să se resemneze în acest punct și chiarau făcut-o (vezi de ex. BINDER). Trebuie să fim mulțumiți dacă anumiți colegi, cărora testul Rorschach le este prea dificil, și sub pretextul "subiectivității" îl recuză ca "neștiințific", ne consolează, că și alte metode de lucru ale psihologiei copilului (testul imaginii lumii, lada cu nisip, etc) cad ca "neștiințifice", nu se exprimă privitor la psihologia abisală. Din fericire, în practică s-au obținut în general cele mai bune rezultate tocmai cu aceste metode, în timp ce "testele ireproșabile științific" au dat adeseori rezultate cel mult corecte, dar subțiri în conținut și practic fără semnificație.

Ne aflăm aici în concordanță completă cu LAWRENCE K. FRANK autorul expresiei "Metode proiective". El scrie în cartea sa "Projective Methods"(p.37)[2]: "De la procedurile standardizate, nu ne putem aștepta să facă prea multă lumină asupra personalității individuale, a unicității individului. Nu pot să ne aducă nici mai mult insight în procesele dinamice ale personalității. Spunând acestea nu am atacat sau rejectat testele standardizate ci am indicat doar ceea ce ele pot face și ceea ce nu pot". Așa cum în această carte FRANK a arătat întemeiat, celelalte criterii pentru "reliability" și "validity", în Rorschach sunt neutilizabile. Ele sunt adecvate pentru *grupur*i și nu pentru *indivizi* (p. 50, 61). "Reliabilitatea" testelor proiective se poate constata doar din identitatea, sau echivalența modelelor (patterns) sau proceselor la diferiți experimentatori (p. 64).

Probabil că nu este superfluu să circumscriem poziția testelor proiective printr-o altă exprimare a lui FRANK, care provine dintr-o lucrare mai timpurie și care e reluată în cartea pomenită (p.68). El constată că: "Trebuie arătat că metodele proiective nu sunt substitute ale procedurilor cantitative statistice, ci mai degrabă sunt proiectate pentru a permite un studiu al individului unic idiomatic, care e conceput ca un proces de organizare a experienței și care scot din joc pe care investigatorul care se bazează pe metode care, din necesitate, ignoră sau întunecă individul și configurația calitativă a personalității lui. In fine, trebuie notat că metodele proiective ale studiului personalității oferă posibilitatea de-a utiliza priviri spre interior (insights) în conduitele de expresie umană pe care procedurile prevalent cantitative par a le ignora deliberat."

1 BETTYE MCD CALWELL, GEORGE ULETT, IVAN N.MENSCH, and SAMUEL GEANICK, Levels of data in Rorschach interpretation, Journ.of Clinical Psychol., Vol VIII, 1952, p. 374-379

2 LAWRENCE K. FRANK, Projective Methods, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1948

II. TEHNICA TESTULUI

Capitolul 3
Preluarea protocolului

După cum s-a mai menționat, „Psihodiagnosticul" lui ROSCHACH cuprinde odată cu cea de-a patra ediție, o lucrare a autorului, Dr. Dozent W. MORGENTHALER, privind tehnica testului. Scopul acestei lucrări era ca în condițiile răspândirii tot mai mari a testului să prevină fragmentarea și să permită introducerea unei tehnici unitare ireproșabile pentru practicanții testului Roschach. Tocmai din acest motiv, al străduințelor de-a nu altera unicitatea metodei, nu putem face altceva decât să ne sprijinim pe lucrarea fundamentală a lui MORGENTHALER. Optăm pentru această soluție pentrucă nici nu putem spera la o introducere mai potrivită în această tehnică. Următorul rezumat va fi prezentat doar pentru completitudine si în interesul comodității cititorului. Indicarea acestei lucrări ar fi fost suficientă.

Redăm pe scurt indicațiile lui MORGENTHLER, adăugând câte ceva, dar fiind oblogați să și omitem unele aspecte. Este recomandat ca cititorul să studieze ocazional lucrarea lui MORGENTHALER în original.

I. Situația de testare

Ca la orice test psihologic, mai ales la un test individual, trebuie asigurată liniştea pe parcursul examinării. Este de preferat ca examinatorul şi subiectul să se retragă într-o încăpere liniștită. Prezența unei terțe persoane poate provoca perturbări. În prezența aparținătorilor, mulți oameni nu se simt liberi și nejenați. (Este valabil mai ales în cazul copiilor). Dacă totuşi este necesară prezența unei terțe persoane pe parcursul examinării (alți medici sau psihologi etc.), este recomandat să se ceară consimțământul subiectului.

Pentru evitarea tulburării liniştii pe parcursul examinării se recomandă luarea unor măsuri de prevenire, spre exemplu preluarea apelurilor telefonice de către altcineva.

Se recomandă de asemenea ca examinarea să aibă loc la lumina zilei. Dacă se foloseşte lumină artificială, trebuie să se consemneze și să se aibă în vedere acest lucru. Trebuie avut în vedere ca purtătorii de ochelari să-i aibă la îndemână, mai ales în cazul persoanelor mai în vârstă.

Dacă se suspectează discromatopsia (anamneză, referințe, observarea unor răspunsuri de culoare falsă sau desemnare greșită a culorii), trebuie cercetat acest aspect cu ajutorul planşelor STILLING sau ISHIHARA. (În definitiv daltonismul nu are o foarte mare importanță pe cât poate ne-am aștepta în examinare; s-a constatat că roșul şi verdele au acelaşi impact afectiv ca la cei ce nu suferă de daltonism)[1].

1 EDUARD MÜLLENER, Rorschachbefunde bei Farbblindheit. Zeitschr.f. Diagnostische Psychologie und Personlichkeitforschung. Vol IV, 1956, p.22

Cea mai potrivită *poziționare* este în unghi drept între examinator şi subiect la aceeaşi masă, astfel încât lumina să-i bată examinatorului din stânga. Astfel el poate vedea planşele împreună cu subiectul. Eventual examinatorul ar putea sta și lângă subiect, puțin mai în spate pentru a avea vizibilitate mai bună.

Planşele e bine să se afle în stânga, important ete ca subiectul să nu poată vedea următoarele planşe dinainte. Aşadar planşele vor fi puse ori invers pe masă, ori vor fi acoperite cu o foaie, astfel să poată fi luate în ordine .

Planşele uzate cu pete se recomandă a nu fi folosite. Cu timpul planşele se uzează câte puțin (pete, grăsime). MORGENTHALER recomandă să se păstreze *două serii* de planşe, o serie curată, motivatoare pentru persoanele iubitoare de curățenie, mai ales pentru nevrotici sau schizofrenii fanatici de curățenie şi o serie mai veche pentru subiecții mai puțin spălați pe mâini.

Foarte importantă este aşa-numita *„pregătire psihică”*. Trebuie să fie cât se poate de *scurtă dar eficientă*. Trebuie neapărat stabilit contactul, mai ales în cazul copiilor. O atmosferă de încredere, e de inițiat și întreținut mai ales la persoanele anxioase sau intimidate se induce o bagatelizare a situației, iar o glumă e binevenită. Aici intervin cunoaşterea umană şi experiența clinică a examinatorului.

Trebuie subliniată recomandarea lui MORGENTHALER, de a evita cuvintele „a examina” şi „examinare”, și orice amintește de un examen. Se poate vorbi despre o cercetare, eventual în cazul intelectualilor se poate folosi termenul de experiment. (În cazul persoanelor simple sau suspicioase și acest termen este periculos.)

Fără îndoială modul de raportare a subiectului față de examinator este foarte important, KUHN[1] făcând câteva trimiteri privind acest aspect. În unele situații este necesar să se predea preluarea unui alt examinator sau (în caz de aversiune momentană sau indispoziție) sau cel puțin să nu se preseze asupra subiectului, ci să se aștepte ocazia potrivită sau momentul potrivit. Trebuie acordată atenție deosebită persoanelor cu atitudine paranoiacă.

Cea mai răspândită formă în care relația examinator – subiect se face prezentă, este aşa numita componentă sexuală a cercetării. MATHILDE VAERTING, în lucrarea sa „Adevăr şi nebunie în psihologia sexelor” (Braun, Karlsruhe, 1921) atrage atenția asupra semnificației acestei componente în cercetările de psihologie. Componenta sexuală inhibă capacitatea de gândire, subiectul având impresia că dă ce e mai bun[2]. În cazul Testului Roschach, se pare că subiecții de sex masculin sunt inhibați în raport cu examinatorul de sex feminin, când este vorba de a face interpretări cu tentă sexuală. În situația inversă (examinator de sex masculin şi subiect de sex feminin) inhibiția este mai puțin reliefată, trebuie însă luată în calcul.

Înainte de a începe cercetarea, trebuie întrebat subiectul dacă cunoaşte testul, adică, dacă a mai parcurs testul vreodată sau dacă a citit sau a auzit ceva despre el. În clinici, pacienții povestesc mai departe ce „trebuie să fie văzut”, acest aspect putând influența testul.

1 ROLAND KUHN, Uber Maskendeutungen im Rorschac'schen Versuch. Basel, 1944, p.47
2 MATHILDE VAERTING, op. cit. p.105 şi 120

II. Instructajul

ROSCHACH prezenta pur şi simplu subiecţilor lui prima planşă alături de întrebarea: „Ce ar putea fi aceasta?" Alții au amplificat acest instructaj întrecând mai mult sau mai puțin limitele necesare. Cu ce cuvinte ar trebui început testul, este un aspect ce trebuie adaptat la fiecare caz în parte. Moto-ul trebuie să fie însă: *„să se spui cât de puțin posibil şi atât de mult cât e necesar*". Este esențial să începem cu cât mai puțin. O explicație sau demonstrație a *modului de constituire a testului* cum uneori e cerută, *inițial* e bine să se evite dacă se doreşte urmărirea acuității conştiinței interpretative a subiectului. Utilizarea unui „trial blot" (planşă/pată de încercare) este considerată o greşeală chiar şi în cazul copiilor [1](şocul la întuneric sau inhibiția nu mai pot fi diagnosticate). Explicații precum că planșa nu reprezintă nimic anume *nu trebuie în general date dinainte*, din aceleaşi motive. Doar în *cazuri extreme* când desfăşurarea testului depinde de presiunea acestei întrebări, se vor da explicații sau se vor face demonstrații privind construcția testului, aspect care va fi însă consemnat în protocol. (O comparație cu forma norilor e periculoasă, provocând prea uşor interpretările de nori. Chiar expresii precum "pată" şi altele asemenea sunt de evitat pe cât posibil). Nici în cazul în care subiectul are dubii în privința semnificației punând întrebarea: „ce reprezintă *cu adevărat* pata aceasta de cerneală?" este de preferat a se evita explicațiile. Dacă subiectul da semne pe parcursul protocolului că ar considera examinarea un test de creativitate, este de preferat să îi lăsăm această impresie.[2]

Planşele vor fi aranjate în poziția de bază - a. Subiectul are voie să le întoarcă şi să le folosească cum doreşte. Această notă a lui ROSCHACH, după cum ne împărtăşeşte si KLOPFER[3], a stârnit multe discuții privind acest aspect, dacă subiectului să i se permită sau nu să întoarcă planşele după voia lui.

MORGENTHALER recomandă să nu se menționeze nimic, dar să-lase dacă subiectul o face spontan. Dacă subiectul nu întoarce planşa spontan, examinatorul îi va putea prezenta Pl. II în altă poziție și i se aduce la cunoştință că poate întoarce planşa după cum doreşte. Şi KLOPFER recomandă să nu se menționeze nimic dar să se încurajeze subiectul să întoarcă planşa. S-a observat că faptic nu există mari diferențe dacă întoarcerea planşei este pomenită inițial sau ceva mai târziu.Trebuie să fim atenți ca instructajul să nu fie dat pe un ton neutru, bagatalizant, pentru a evita impresia că *trebuie* întoarsă planşa. In cazul unui ton prea apăsat subiectul se va supune unui instructaj și nu va manifesta o tendință spontană. Dacă examinatorul observă că instructajul său este prea sugestiv (probabil din pricina modului său de-a vorbi), este recomandat să urmărească cu strictețe indicațiile lui MORGENTHALER.

Noi recomandăm următoarele: După ce s-a stabilit contactul, subiectului i se va spune: „Aş dori să vă prezint câteva planşe (este indicat să nu se folosească termenii de „imagini" sau

1 ROLAND KUHN, Despre interpretarea măştilor în cercetarea roschachiană, 1944, p.47

2 MATHILDE VAERTING, a.a.O., p.105 și 120

3 MARY FORD (The application of the Roschach Test to Young Children, Minneapolis, 1946) susținând că de ocbicei copii înțeleg mai bine instructajul simplu

„pete de cerneală”, mai degrabă termenul de „figuri”), şi v-aş ruga să îmi spuneți ce ar putea să reprezinte[1]. Puteți vorbi atât cât doriți, puteți întoarce planşele sau folosi după cum doriți iar când sunteți gata, vă rog să mi le înapoiați”

Mențiunea privind întorsul planşelor poate lipsi, precum am văzut, dar atunci vom proceda precum am amintit mai sus. – Dacă nu există un ceas de perete sau un ceas de mână şi ceasul va fi pus pe masă, este necesar atunci când se observă anxietate din partea persoanei, să se menționeze: „acest ceas nu vă interesează, este pentru plăcerea personală, aveți timp suficient”.

Aceste formulări să fie totuşi doar puncte de sprijin. Nu pot fi considerate formule magice.

Planşele vor fi înmânate subiectului (în poziția a). După cum indică RORSCHACH, ele vor fi ținute cel mult la distanța brațului. De la o distanță mai mare se modifică impresia astfel că interpretările îşi pierd baza comparativă. (din acest motiv nu se recomandă a fi proiectate pe retroproiector). Atunci când subiectul încearcă să privească planşa de la o distanță mai mare i se va atrage atenția.

Se recomandă încurajări, cum ar fi: „da”, „bine”, „frumos” „vedeți..ce bine merge…”

Dacă la prima planşă subiectul se împotmoleşte, examinatorul se va comporta ca şi cum nu ar fi interesat de testare (se uita pe geam sau altele asemenea), iar dacă nu foloseşte nici acest lucru poate întreba: „aşa….şi ce ați găsit?” Nu are nici un rost să se insiste cu întrebările. Dacă nu merge se trece la următoarea planşă. Dacă subiectul evită un răspuns sau face o pauză mai lungă, e de preferat să se întrebe: „ altceva…?” sau “atât?” iar dacă nu funcționează se repetă instructajul: „se pot da mai multe răspunsuri, după cum v-am spus, atâtea câte doriți”.

Subiecții pot intervenii cu *întrebări colaterale* pentru a evita sau a se abate de la sarcină. MORGENTHALER dă o serie de exemple. Aceste întrebări trebuie pe cât posibil ignorate, evitând un răspuns direct.

Lucrurile stau altfel atunci când subiectul întreabă dacă este vorba de un test de inteligență. Este important să se nege acest lucru. Se poate spune că testul oferă informații într-o oarecare măsură despre tipul de inteligență dar acesta nu este cel mai important aspect şi în nici un caz nu este scopul acestui test.

Ar fi o „impresie generală” privind personalitatea subiectului, pentru a-l putea înțelege mai bine, pentru a-l putea sfătui şi ajuta.

Dacă apar întrebări trebuie să se aducă la cunoştință subiectului, dacă acesta doreşte, la sfârșitul testului, în termeni adecvați nivelului său de inteligență evaluat.

Dacă subiectul întrebă: „se poate interpreta şi acesta..? se răspunde: „puteți interpreta orice”.

Unii subiecți care au auzit de psihanaliză, vor întreba dacă trebuie să împărtăşească asociațiile. Nu trebuie solicitate aceste asociații, pentru că astfel subiectul deviază de la temă. Se refuză dezbaterea de asociații şi se repetă instructajul: „spuneți-mi ce ar putea fi acesta?” Sugestiile în direcția „asociații libere” sunt de evitat. O formulare ca, „de ce va

1 KLOPFER și KELLY, a.a.O., p.30

aduce aminte?” poate fi și ea periculoasă. Pentru a asigura răspunsuri clare, după terminarea testului, se pot relua interpretările şi se pot aborda şi asociațiile libere. Se recomandă un test de asociere ad modum JUNG sau T.A.T.

Este nepermisă limitarea timpului în orice condiții, dimpotrivă limitarea răspunsurilor este uneori de neevitat. MORGENTHALER propune să se ia în calcul aproximativ 8-10 răspunsuri la o planşă, ZULLIGER (Be-Ro test, p14) stabileşte limita la 6 răspunsuri. Dacă subiectul se întinde în timp cu răspunsul, trebuie încercat să i se dea de înțeles printr-un simplu „da” sau prin mişcări cu mâna sau cu capul. De multe ori ajung astfel de gesturi şi subiectul înapoiază planşa. Alteori aceste gesturi nu au nici un efect. În acest caz este de dorit să se continue protocolarea. Când subiectul se concentrează pe răspuns fără a observa mimica şi observațiile examinatorului, este vorba de ceea ce are el pe suflet şi este important să se țină cont. Faptul că subiectul se întinde în timp cu răspunsurile într-o întrecere cantitativă de tip stereotip (Dd, Hd, etc.), i se va lua planșa şi îi va fi întinsă următoarea. Acest lucru se va înscrie în protocol.

III. Protocolarea

O protocolare clară și completă este o virtute necesară, pentru că pe baza protocolului atât examinatorul cât și alții vor putea afla multe informații.

Se plasează în colțul stânga sus *datele personale* : numele subiectului, data nașterii, profesia și dacă se poate și adresa în cazul în care dorim să mai luăm legătura cu persoana respectivă. În colțul din dreapta se scrie *data și timpul de desfășurare* în minute, respectiv începutul și finalul privind fiecare planșă. Pentrucă diversele ediții sunt diferite, pe protocol trebuie să se treacă ediția cu care s-a lucrat și desigur seria originală sau testul paralel (Behn Roschach), spre exemplu „*Ro ediția III-a”* sau „*Be-Ro”.*

Se recomandă să se noteze dacă subiectul a mai auzit despre această metodă sau a mai văzut planșele și în ce circumstanțe.

După cum se dorește, pot fi folosite formulare tipărite dinainte. Noi folosim un simplu bloc de scris liniat, (de format mai lat “in quarto”/A4), fiindcă multe formate pretipărite nu cuprind lucruri necesare și duc la confuzii. Blocul se împarte în 6, 7 sau eventual 8 rubrici (exemple la sfârșitul cărții).

În rubrica 1. se notează *numărul* planșei și neapărat timpul parcurs în minute (detalii la cap. Calculare), precum și poziția planșei.

În rubrica 2. se va trece localizarea exactă a părții interpretate.

Primele două rubrici pot fi eventual rezumate împreună.

În rubrica 3. se va trece textul răspunsului, care se recomandă a fi trecut cuvânt cu cuvânt. Dacă subiectul vorbește foarte repede trebuie folosite prescurtări sau cuvinte cheie, “pentru a putea păstra cât mai mult din caracteristicile exprimării” (MORGENTHALER).

A anticipa la ce se va ajunge doar la prima notare pe hârtie presupune experiență foarte multă. Se recomandă folosirea prescurtărilor decât să se apeleze la un stenograf străin. (KLOPFER & KELLY).

Exclamațiile sau intervențiile trebuie consemnate în protocol, ca și mimica și comportamentul subiectului (râs, încrețirea frunții, oftat etc.) și evident toate întreruperile cu durata lor.

Fiecare răspuns real poate fi numerotat, dar la fiecare planșă se recomandă să se reia de la început numerotarea. Dacă nu se numerotează astfel, se recomandă să se noteze numărul de răspunsuri reale pentru fiecare planșă într-o rubrică restrânsă separată, pentru a ușura numărarea răspunsurilor și fluctuația produselor.

Trebuie să se țină cont de ce anume a spus subiectul și ce a adăugat examinatorul, cele din urmă fiind trecute în paranteză, cu un alt tip de scris (gotic, stenografie, grecesc). În rubricile 4-7 vor fi trecute componentele formale (mai multe în capitolul următor). Aici se vor mai trece doar câteva completări privind primele rubrici.

Pentru desemnarea poziției (rubrica 1), deci cum a fost ținută planșa, există trei posibilități. LOOSLI-USTERI a propus unghiurile mici, a căror vârf delimitează marginea de sus a planșei. Λ înseamnă poziție normală, V presupune planșa întoarsă, > planșa poziționată pe marginea stângă, < planșa poziționată pe marginea dreaptă. Dacă nu se deține o capacitate bună de reprezentare se poate nota cu 0°, 180°, 90° și 270° sau după recomandarea lui MORGENTHALLER și ZULLINGER să se folosească litere: a = poziție normală, b = planșă poziționată pe marginea dreaptă, c = planșă poziționată invers, d = planșă poziționată pe marginea stângă. La poziția înclinată se scrie de exemplu, ∠ sau a/d. Dacă nu se notează nimic înseamnă că s-a folosit poziția normală. Este important să se noteze dacă se revine la poziția normală. Dacă subiectul a început să întoarcă planșa, se recomandă să se noteze poziția fiecărui răspuns. Atunci când planșa este rotită în totalitate se recomandă să se țină cont de indicațiile lui KLOPFER[1], de a folosi semnul P care poate conține atâtea rotiri si schimbări de sens câte face subiectul.

Atenție multă se acordă localizării (topografiei) părții petei semnificate în rubrica 2. Aici se greșește adesea grav. Nenumărate protocoalele făcute de începători sau de către referenți, pot fi aruncate la gunoi fiindcă localizările nu pot fi identificate. O determinare ca „mijloc" la planșa I este incompletă, căci prin acest termen se poate înțelege jumătatea superioară sau inferioară, coarnele superioare sau chiar micile protuberanțe dintre ele. Un medic sau antropolog meticulos nu scrie: „neavus pe pieptul stâng" ci spre exemplu „mare cam cât un bob de mazăre, maro închis, la circa două degete sub sfârc". Din fericire componentele figurilor Roschach sunt destul de ușor de localizat. Tocmai începătorii trebuie să consemneze cu mare exactitate, pentru că încă ei nu își pot reprezenta mulțimea de confuzii posibile. Trebuie acordată cu atât mai multă atenție cu cât răspunsul este mai ciudat, mai neobișnuit. Fiindcă, dacă la forme bune localizările pot fi determinate, în cazul răspunsurilor mai ciudate, cu forme proaste, nu mai poate fi refăcută "arheologic" localizarea.

Pe de altă parte trebuie avuți în vedere termenii „sus/superior", „jos/inferior", „dreapta" și „stângă" privind poziția planșelor. Trebuie luate în considerare propunerile lui MORGENTHALER. Dacă denumirile „sus", „jos", „dreapta", „stânga" nu sunt în

1 KLOPFER și KELLY, a.a.O, p.31

ghilimele, se referă la poziția normală a planșei (poziția-a), dacă sunt însă în ghilimele, se referă la poziția momentană (poziția b,c,d). În cazuri mai dificile se recomandă să se sublinieze semnificația cuvintelor prin termenii „acum", „altfel" etc. La planșa VII este util și practic să se folosească combinat ambele denumiri (cu și fără ghilimele), dacă planșa se află pe latura mică, de exemplu „b ramificație pe treimea superioară".

Dacă nu este timp pentru a completa protocolul cu localizarea exactă, trebuie însemnată cu prescurtări iar după încheiere să se completeze exact, căci altfel componentele nu vor mai fi regăsite mai târziu.

Pentru localizarea rapidă a interpretărilor se vor folosi de preferință prescurtări, ca de exemplu:

s = sus	m = mijloc	lat= margine	med= median
j =jos	lat = lateral	prelung.= prelungire	
dr = dreapta	sup.=superior	pr.= proeminență	
st =stânga	inf. = inferior	ram. = ramificație	

n = negru	r = roșu
a = alb	g = galben
gr.= gri	al. = albastru
m = maro	v = verde etc.

La interpretări complicate poate fi necesar să se localizeze fiecare componentă în text mai în detaliu. Acest lucru va fi trecut în paranteză. Ex.: IX o: doi nebuni (maro + verde) pe un nor roșu (roșu), superior X roșu + gri mijloc + albastru mijloc: doi polițiști cu coif (gri mijloc) deschid o ușă (albastru mijloc)

Se recomandă străduința de-a descrie localizările în cuvinte. Doar atunci când este imposibil, sau aceasta duce la neclarități, se va folosi blocul de scheme (din anexe), unde se vor însemna interpretările. Aceste planșe micșorate se pot obține de la editura Profex, Bucuresti. Răspunsurile consemnate vor fi numerotate atât pe protocol cât și pe desene (vezi ambele cazuri în exemplele noastre). Anumite răspunsuri nu vor fi însemnate, pentru că pe de-o parte este inutil și pe de alta se suprapun interpretările, provocând confuzie. Doar în cazuri extreme după terminarea testului se vor marca zonele.

În anexe se oferă planșe ajutătoare pentru localizare, fiind prezentate părțile esențiale ale planșelor în delimitări albastre, roșii și verzi cu numere de aceeași culoare, alături de denumirea verbală corespunzătoare a localizărilor. Când cineva interpretează la planșa IV, spre exemplu, cele 2 părți ale petei (delimitate în albastru) se va consemna la rubrica 2, „mijloc complet" sau „sceptru".

Am încercat să păstrăm pe cât posibil indicațiile lui ROSCHACH, doar în cazurile extreme am făcut excepție din motive ce țin de principii, practica lui ROSCHACH nefiind în toate cazurile unitară. De asemenea trebuie avut în vedere faptul că doar răspunsurile de detalii mici și răspunsurile intermaculare vor fi stabilite; toate detaliile care la marcarea

obișnuită sunt marcate ca răspuns detaliu obișnuit sau răspuns global intermacular, pot „sub aspect neobișnuit și în contexte neobișnuite” (RORSCHACH) să devină răspunsuri detaliu mic sau răspunsuri detaliu intermacular. O standardizare completă a marcării ROSCHACH nu este posibilă și nici de dorit.

Pentru o mai bună înțelegere a planșelor facem următoarele observații: toată planșa va fi însemnată în rubrica de localizare cu simplul semn „o” după recomandările lui ERNEST SCHNEIDER. Localizarea interpretării în funcție de poziția planșei in care se face interpretarea se va face la sugestia lui MORGENTHALER cu ghilimele sau fără. Le considerăm foarte utile, singura rezervă în privința lor trebuie să o avem la „bărbat” și „femeie” la planșa IX (2 ramificații maro) care pot produce confuzii, astfel că aceste notații nu sunt întotdeauna foarte practice. În publicații se recomandă să se localizeze toate detaliile neprescurtat.

S-au mai adăugat și alte cuvinte cheie, spre exemplu „aripi”, „buddha” (negru la mijloc în poziția - c), „ciupercă” (alternativă pentru „căpșor”) la planșa I, „Dante” și „Indienii” la planșa II, „berze”, „frunzulițe”, „cetate” etc.

Nu tot ceea ce este prezentat pe planșă trebuie să fie consemnat în blocul de localizare. O serie de detalii mici vor fi descrise în cuvinte, fără confuzii; ex. la planșa II „ desen în jumătatea inferioară a roșului superior” (pasăre), la planșa III, „conuri în mâinile bărbaților”, la planșa V, „nas la marginea aripii inferioare”, la planșa VI, „vârful ramificației laterale mari”, la planșa VI „crestături la marginea superioară a treimii superioare” (detaliu intermacular), la planșa VII „desen în interiorul albastrului”, „1 sau 2 picioare anterioare sau posterioare al animalelor laterale” (sau : 1,2,3 sau 4 picior al animalelor laterale), la planșa IX „nasul profilului verde”, „contur lateral al maroului” „figură intermaculară între arcul maro și linie”, la planșa X „figură intermaculară rotundă sub coloana gri”(cap) etc.

„Sus”, „dedesubt”, „dreapta”, „stânga” sunt propunerile lui MORGENTHALER.

Se va acorda atenție culorilor numerelor corespunzătoare și a cuprinderilor. Cifrele și cuprinderile albastre se referă la detaliile mari, roșul și verdele se împart în detalii mici.

Sub nicio formă nu vor fi concepute planșele de localizare în așa fel încât cifrele care sunt folosite doar pentru însemnarea componentelor, să fie folosite și în protocol.

Planșele ajutătoare pentru localizare se găsesc la sfârșitul cărții într-o mapă specială.

Capitolul 4
Marcarea/notarea răspunsurilor

A. Împărțirea clasică

I. Componentele formulelor.

Protocolul odată finalizat, așadar și cercetarea, se va marca fiecare răspuns cu câte o formulă. Acest lucru presupune baza întregii experiențe, cotarea făcându-se pe baza acestor formule, care astfel au o mare importanță.

Stabilirea formulelor sau marcarea este o adevărată artă, care nu poate fi învățată doar din teorie, ci solicită o experiență de lungă durată. Până și un expert se lovește în permanență de probleme și greutăți. La început protocoalele trebuie prezentate unei persoane cu experiență care să le corecteze, până când se prinde experiență și încredere în sine. Dacă există totuși experiență din trecut, trebuie revăzute protocoalele, respectiv formulele precedente și trecute în revistă problemele apărute. Nu se poate spune exact câte teste trebuie aplicate, câți ani de muncă sunt necesari pentru a putea spune că cineva stăpânește bine testul. Totul depinde de talentul fiecăruia în domeniu și de multilateralitatea materialului (subiecți din diferite pături sociale, din toate categoriile de vârstă, nevrotici și bolnavi de toate categoriile).

Și totuși nici materialul multilateral și nici cea mai consistentă experiență nu folosesc la nimic dacă lipsește baza teoretică. Ne vom strădui să prezentăm baza teoretică cât se poate de clar și de inteligibil. O standardizare mecanică nu ar corespunde condițiilor metodei, mecanicizarea completă a marcării formale a răspunsurilor nefiind posibilă și nici dorită de altfel. Nu este posibilă pentru că un răspuns formulat la fel de către doi subiecți diferiți, poate fi rezumat total diferit. (se poate deduce după ton, mimică și legăturile făcute). Nu este de dorit pentru că avantajele existente ale metodei s-ar pierde, mai ales plasticitatea sa extraordinară.

BROSIN și FROMM susțin cu vehemență[1] că ar fi o nebunie să privim marcarea și evaluarea ca două procese total diferite. Doar o persoană care cunoaște consecințele marcării asupra imagiii globale a personalității, poate fi în stare să decidă cu o oarecare siguranță în desele cazuri dilematice.

Fiecare răspuns va fi privit din patru puncte de vedere, după modul de percepere, adică modul în care figura va fi suruprinsă (în ce fel de structură), după determinanți, adică factorii de trăire psihică care determină răspunsul (dacă e elementul formă singur, sau alte elemente asociate sau înlocuitoare), după conținutul interpretării (uman, animal, obiect, etc.), după frecvență, adică după gradul de originalitate. Fiecare dintre aceste patru calități ale răspunsului va fi marcată în formulă cu litere. Aprecierea după frecvență are o poziție

1 HENRY W BROSIN and E. FROMM, Some Principles of Gestalt Psychology in the Rorschach Experiment, Rorschach Research Exchange, Vol VI, 1942, p.2

seprată, astfel încât doar răspunsurile cele mai rare și cele mai frecvente sunt etichetate. În cazul majorității răspunsurilor, care se încadrează între cele două extreme, ultima rubrică se lasă liberă.

1. Modul de percepere

Aprecierea modului de percepere este partea cea mai grea din stabilirea formulelor. În acest caz întră în joc aspecte psihologice gestaltiste ca și în cazul determinanților de altfel) iar modul în care sunt percepute petele este legat nemijlocit de procesele cerebro-corticale din percepție.

a) Când planșa este privită ca un întreg, vorbim despre *răspuns global* și îl marcăm cu G. Un exemplu pentru prima planșă ar fi: „un liliac" , dar și „două vrăjitoare care atacă un păcătos sărman". Primul exemplu este un răspuns global simplu, iar al doilea este unul simultan-combinatoriu, construit din mai multe părți. Ambele sunt răspunsuri globale *primare* care sunt suprinse într-un singur act perceptiv întreg. Dacă subiectul ar fi spus „două vrăjitoare și în mijloc stă un bărbat; vrăjitoarele atacă bietul păcătos" ar fi fost marcat ca răspuns succesiv-combinatoriu. Acest gen de răspuns aparține categoriei de răspunsuri globale *secundare*, care nu mai sunt suprinse într-un unic act perceptiv.

Combinația devine *confabulatorie* (răspuns global *confabulator-combiatoriu*), când părțile separate sunt percepute cu acuitate, dar poziționarea lor reciprocă nu este conformă. Și acestea sunt, de asemenea, răspunsuri globale secunadare. Dacă subiectul răspunde la planșa IX: „doi vrăjitori (maro) și doi copii se joacă cu păpușiile lor (verde) în cer pe un nor" atunci cele trei componente sunt percepute cu acuitate și adecvat într-un act perceptiv dar vrăjitorii sunt în poziția a, iar copiii, dimpotrivă, în poziția b sau d. De obicei aceste combinații confabulatorii sunt legate de forme proaste și parțial confabulate, precum răspunsul unui paralitic la planșa III: „ doi domni (negru) care șed la o sticlă de vin roșu (roșu, mijloc) într-o cafenea. Așadar vinul roșu (o formă confabulată datorită culorii) stă între cei doi bărbați, dar nu există masă iar bărbații nu sunt așezați.

Există și răspunsuri globale *contaminate* (tot secundare). Aici intră comprimările schizofrenilor care aglutinează două răspunsuri, ca o dublă expunere pe o placă fofgrafică, ca de ex. la planșa IV „o blană de animal cu cizme", fiind percepută tot ca G, prin aglutinarea bărbatului perceput cu blana. (Mai multe despre aceste G-uri secundare sunt prezentate în cap. 6)

Un G "tehnic" sunt și cei doi bărbați din planșa III, chiar și când figurile roșii nu sunt avute în vedere.

RORSCHACH s-a ghidat instinctiv după criteriile psihologiei gestaltiste, procedând corect[1]. Dacă la remarcile frecvente "dacă lăsăm asta la o parte" (de ex. ramificațiile laterale ale liliacului din planșa V), poate fi notat fără grijă G și să ne mulțumim să notăm "critica obiectului". Nu recomandăm pentru astfel de interpretări introducerea unui simbol

1 Vezi BROSIN și FROMM, Op cit,p. 8

("cut-off W" după KLOPFFER) pentru că aceste răspunsuri sunt considerate globale iar atitudinea critică a subiectului poate fi luată altfel în considerare. Limita se atinge atunci când spre exemplu la pl.VI-a acoperă întraga parte superioară (adică un D) și semnifică partea principală a planșei drept "blană de animal". Atunci e mai bine să marcăm răspunsul ca D.

Pe de altă parte pot apărea dubii, dacă planșa datorită simetriei, va fi interpretată ca *două jumătăți*. În general acestea sunt G. De ex. „doi bărbați" la planșa III, „două femei" la planșa VII, sau reflectări ca la planșa VI în poziția b, sau d, ca „ruine pe malul lacului". Dacă se consideră că una dintre jumătăți este construită independent de cealaltă iar ulterior se menționează că pe cealaltă pagină se află același lucru, *nu va mai fi considerat G.*

O categorie importantă a răspunsurilor globale secundare este cea a răspunsurilor *globale confabulatorii*, pe care RORSCHACH le-a însemnat cu DG, adică răspunsuri globale provenite/pornite dintr-un detaliu.(Confabulări apar atât în răspunsurile G primare simple și la cele de detaliu și nu toate DG-urile sunt confabulări). Ele se constituie pe baza perceperii clare și acute a unui detaliu de către subiect iar prin generalizare decide asupra întregului, fără a mai da mare atenție părților de planșă rămase. În majoritatea cazurilor forma răspunsului are de suferit, prin această manevră după cum aduce RORSCHACH un exemplu, „un rac" la planșa I datorită detaliilor (sus mijloc) pe care noi le numim „coarne", care au fost privite drept clești. Asemănător este când pornind de la mijlocul albastru, subiectul vede întreaga planșă a VIII-a ca "torace" sau "schelet". Acestea sunt DG – (adică F-). Dacă detaliu de pornire este foarte mic sau ieșit din comun, se va considera un răspuns DdG, de exemplu, semnificația „fluture" pentru plașa VI datorită "antenelor".

La un control mai bun al realității, acest proces poate duce la forme (configurații) bune; exemplul lui RORSCHACH însuși: „o pasăre mare (datorită aripilor) la planșa I, pe care o marchează cu DG F+, acestea fiind cele mai interesante și rare DG+ -uri.

Faptul că DG trebuie să fie mereu F -(formă proastă) este o eroare pe care literatura o arată însă a fi răspândită[1]. Această abordare privește superficial, faptic forma sonoră a cuvintelor din „psihodiagnosticul" lui RORSCHACH, ("rezultatul construcției acestor DG –uri sunt desigur forme rău văzute"p. 36) și nu sensul lor. Aceasta reiese odată din exmplul cu „pasărea", dar și din presupunerea că esențialul psihologic al rapidității (vezi grabei) determinării părții asupra întregului duce la o tendință de a trata orice altceva decât acea parte cu mare superficialitate, generozitate. Persoanele dotate pot să-și permită această generozitate fără a fi în dauna bunei acuități a spiritului de observație. Fie că restul planșei se potrivește, fie se ajunge la o interpretare, la care restul, în afara părții luate în considerare este mai mult sau mai puțin amorf. Spre exemplu interpretarea „păsări împăiate" pentru partea superioară (cap, corp) a figurii de pe planșa III, după RORSCHACH ar fi un D –, răspunsul „două păsări deghizate în oameni" (datorită capetelor), în cazul întregii planșe este un DG+. Un alt exemplu ar fi „moară de vânt pe un deal" la planșa V. De obicei

1 Se resupune adesea că toate DG-urile sunt forme proaste. Doar în două cazuri am găsit dovezi privind DG+, anume în exemplele lui Beck- Rorschach test, vol. 2, p. 12 și la Ruth Bochner si Florence Halpern, The clinical Application of the Rorschach Test, New York, 1942, p.6

apar astfel de interpretări DG+ la planșa VI, în urma unei depășiri pozitive, stenice a unor obstacole, datorită caracterului întunecat al planșei. Exemple pentru astfel de soluții ar fi: „blană de iepure” (datorită ramificațiilor laterale considerate labe), iar pornind de la prelungirile superioare, un alt răspuns ar fi „pasăre phoenix ce iese din foc” „vrabie ce părăsește o baltă lăsând o dungă în urmă”, „bunul Dumnezeu își întinde brațele și spune: să fie lumină!”, „o statuie cu o umbră foarte mare” (ultimul răspuns este un exemplu pentru un Clob F răspândit și pentru critica obiectului.(cap.6). un alt exemplu DdG+, tot la planșa VI, ar fi „blana de pisică”.

O varietate de DG sunt *răspunsurile globale – intermaculare.* Se recomandă ca toate răspunsurile globale, la care figurile intermaculare, albe, joacă un rol important, să fie sintetizate în analogie cu DG, sub forma Gim.

Aceste răspunsuri vor putea fi împărțite în două grupe, după indicațiile lui ZULLIGER[1], în imG și Gim. În protocol la prima rubrică se va trece DimG și apoi dedesubt imG, respectiv Gim. imG va fi definit ca interpretare globală, la care s-a ajuns de la o figură intermaculară percepută clar, restul fiind combinat confabulativ. Sunt de fapt analoagele pentru DG-. Gim-urile sunt dimpotrivă interpretări globale, în care figura intermaculară este combinată la nivel secunadar prin percepția cu acuitate a unor forme. Astfel ele sunt mai apropiate de DG+. Diferențierea nu este tot timpul posibilă, trebuie însă avută în vedere datorită importanței practice mari pe care o are. (Ex. unui Gim: planșa I= mască cu ochi și gură; ex. unui ImG: planșa I în poziția c = o poartă).

Evident că Gim sunt și ele răspunsuri globale *secundare*.

b) Dacă nu este interpretat nici un G, răspunsul în cele mai multe cazuri este un răspuns de *detaliu* marcat cu D. un D este un detaliu mai mare, *obișnuit* (majoritatea detaliilor rămase se numesc Dd). Ceea ce este „obișnuit/comun” nu se stabilește doar prin frecvență, ci și pe baza *dimensiunii, formei și poziției*. Aici intervin legile gestaltiste ale percepției, la care se raportează și RORSCHACH, susținând (p. 39) că diferențierea față de Dd se bazează pe „factori de verificat încă”, „de cercetări despre sensibilitatea individuală privind ritmica spațială”, sau când definește: „D sunt acele detalii care în urma împărțirii figurilor în spațiu se impun cel mai mult percepției, ca un întreg”[2]

D sunt, după cum susține KLOPFER și BROSIN & FROMM, *subîntreguri* în termenii psihologiei gestaltiste[3]. Din această perspectivă și componente mici pot deveni D, dacă au o formă pregnantă dar mai ales *poziția* potrivită. Mai ales componentele *mediane* pot fi considerate D-uri. RORSCHACH menționează vârful negru din planșa II și figura de mijloc din planșa I, figura mediană albastră din pl. VIII. De asemenea coarnele părții superioare a medianei(unde buclele mai mediane nu sunt D datorită formei lor mai puțin de “limbă”), și punctele maro (cireșele) din centrul planșei X. Ultimel detaliu pomenit nu a fost abordat unitar de către RORSCHACH, trebuie însă considerat D ca și la vârful de la

---

1 HANS ZULLIGER, Der Z-Test, Bern, 1948, p. 22 și 34

2 E de subliniat că RORSCHACH a murit în 1922. Lucrarea fundamentală a lui Wertheimer privind legile gestaltului datează din 1923 (vezi și cap.16)

3 ....

planșa II, datorită formei și poziționării centrale. Legile figurii și fondului joacă un rol decisiv, subliniat prin exemplul din planșa X. În poziția a „capul de iepure" cu „ochii" întunecați sunt un D, în poziția c, părțile luminoase /deschise fără respectivii „ochi" ("figurine") sunt Dd, ceea ce se confirmă și prin frecvența statistică.

Privitor la G nu apar în general dificultăți de delimitare. Trebuie avut în vedere că RORSCHACH a considerat că interpretarea „doi băieți" sau „două măști" la planșa VI în poziția c, fără considerarea restului ar fi un fel de „G tehnic" ca și la planșa III. Doar atunci când este exprimată delimitarea unei părți din interpretare (de exemplu prin acoperire) ca la „blana de animal", trebuie notat ca D.

c) răspuns de detaliu mic (Dd) sunt acele detalii de imagine, care rămân după separarea detaliilor frecvente statistic, aceasta fiind definiția originară a lui RORSCHACH pentru Dd. El mai face apoi câteva adăugări, reieșind în final că Dd este format din trei grupe heterogene. (Critici neînțelegători i-au făcut reproșuri lui RORSCHACH în această privință. Dar trebuie să-I fim recunoscători că a sugerat legături psihologice pe care putem începe să le înțelegem teoretic abia astăzi[1])

Există deci *trei categorii de Dd*:

α) *Detaliile cele mai mici* și *părți ale D*, care pot fi omise dacă nu suntem atenți și nu sunt atât de frecvent interpretate.(ex. „stropitoare"la planșa I), sau mici prelungiri, colțuri, sau contururi, sau detalii de contur ("plajă"), sau detalii interioare ale desenului marelui D, câtă vreme nu sunt considerate D pe baza formei pregnante sau a poziționării centrale. (Spre exemplu negrul din partea inferioară a medianei pl. I)

β) *Detalii delimitate neobișnuit, ciudat* (abateri de la încadrarea obișnuită). Un exemplu ar fi „monumentul unui războinic" din planșa I, reieșind din: mijlocul jumătății superioare, partea întunecată din jumătatea inferioară, iar din părțile laterale doar partea superioară (Din planșele noastre de localizare, doar părțile 3,6 și 7).

γ) În cazuri rare chiar D-urile obișnuite, „sub aspect neobișnuit și cu legături ciudate" (RORSCHACH,p.39). Aici intervin din nou aspectele psihologiei gestaltiste. Un ex. ar fi: Când jumătatea superioară a laturilor planșei I, nu sunt privite și interpretate drept „capete de animale" cu botul în afară, ci drept „capete de măgar sau câine", „botul" aflându-se la delimitarea medială a detaliului. Aripile și capetele lateralelor (detaliu 5 și 8) vor deveni astfel „urechi". Un alt exemplu: Vârful negru al planșei II este privit ca două capete cu pălării ascuțite care se sprijină spate în spate. Această a treia categorie arată că există o legătură între încadrare/percepere și interpretare, care trebuie avută în vedere la evaluarea modului de percepere (chiar din punctul de vedere a lui RORSCHACH).

După cum reiese din cele spuse, un Dd poate fi ca suprafață mai întinsă/ mai mare, decât un D. Astfel, de ex., rar interpretata jumătate superioară a planșei IV ("candelabru") este un Dd, fiindcă e delimitată absolut artificial. Linia inferioară de delimitare din figură nu va fi interpreteată în nicio formă. Un Dd poate fi chiar compus din mai multe D.-uri, cum am observat la „monumentul unui războinic".

1 Vezi pentru asta o interesantă lucrare a lui K.W.BASH în Rorschachiana III.

Întrebarea dacă D sau Dd are ca obiect „gestalt-ul" poate fi rezolvată, bazându-ne pe tradiția instaurată de RORSCHACH. La fel ca în abordarea tradițională și în acest caz intervin diverse principii ale psihologiei gestaltiste, fapt relevat cel mai bine din exemplul detaliilor mediane din planșa VI. Negrul din soclu (picior de scaun) este un D datorită poziției sale și datorită formei sale pregnante, omulețul deasupra (negru sus) este însă un Dd, din cauza conturului mai puțin clar/acut și pentru că doar o parte din forma sa este pregnantă. Mediana prelungirii superioare este un D, fie că e perceput împreună sau nu cu detaliul pregnant al soclului (de data asta perceput ca un clopot) și chiar numai partea superioară –vârful- e de considerat un D, din cauza detașării sale ca o peninsulă din întregul planșei și a plasării ei mediane. Pentru că partea inferioară a medianei va fi privită mai puțin (datorită construcției planșei), linia de mijloc inferioară va fi considerată un Dd, dar linia de mijloc în totalitate va fi luată ca D, atât datorită mărimii și poziției, cât și datorită formei pregnante (ex. „sabie" „suport de ziare" etc.)

Toate aceste detalii sunt cazuri de graniță care se stabilesc empiric pe baza experienței statistice și a tradiției, putând însă a fi explicate și înțelese și teoretic foarte bine.

Datorită particularităților privind aceste probleme pe *planșele de localizare* sunt trecute modurile de percepere în paranteze. Pentru a evita însă confuziile, trebuie avut în vedere faptul că *nu toate părțile planșelor* pot fi incluse *definitiv* în cele două categorii D și Dd, pentru că același detaliu poate fi la un moment dat D și într-o altă situație Dd. (Vezi exemplele noastre pentru a treia categorie de Dd).

O astfel de listă ar fi de folosit precum în comparația lui KOHLER despre ce este un muzeu de inimi: „ E instructiv să vezi o sută de inimi împreună într-o colecție; dar într-o operație, inima are mult mai mult de-a fac cu plămânul decât cu o altă inimă. Nu putem să învățăm prea multe despre cooperarea ei specifică într-un muzeu care clasifică"[1].

Planșele de localizare sunt construite pentru scopuri de învățare și ca puncte de reper în rutina cotidiană cu testul,dar nu trebuie însă considerate *mecanic* pentru toate cazurile problematice.

Evident ca urmează frecvența statistică ca urmare a principiilor de împărțire a lui RORSCHACH. Statistica frecvențelor poate fi astfel luată ca un indicator indirect în decizia practică. Ar fi o confuzie să ne ghidăm strict după aceasta, mai ales că statisticile de până acum nu au fost făcute pe nici un material reprezentativ[2]. Nu putem considera funționarea cerebrală a unui academician ca "normă" pentru un țăran sau marinar. E s t e clar că deciziile privind cazurile problematice de delimitare *doa*r prin statistică, nu ar putea duce decât la rezultate inacceptabile.

De faptul că aceasta este adevărat se poate convinge oricine care parcurge cu atenție astfel de încercări (de ex. la BECK).

---

1 WOLFGANG KOHLER- Gestalt Psychology, New York,1945,p351, apud FRANCK această comparație I se datorează luiHOLMES

2 ARTHUR GUIRDHAM remarcă corect că nu există un material normal multilateral suficient. "Cazurile lui RORSCHACH erau în majoritate casnice din Beerna, ale lui Vernon studenți de la Yale, iar ale mele, nurse" (On the value of the Rorschach Test, Journ. Of mental science, 1935, p.868

Cu toate acestea frecvența statistică, (de ex. lucrarea lui RALPH R. BROWN), poate fi foarte utilă pentru a putea arunca o privire de ansamblu asupra structurii psihice medii a diferitelor tipuri de populație și a diferiteelor populații geografice. Dar pentru deciziile practice *sensul* partajării petelor e în primul rând, iar statistica este abia în al doilea rând

În final trebuie să mai menționăm faptul că analog DG-ului sunt răspunsurile DdD, adică detalii „obisnuite/comune" a căror interpretare provine din concentrarea prealabilă pe un detaliu minor. Sunt în general forme bune, ex. planșa IV, „cap de rac" datorită ochilor sau planșa VI, vârful superior, „cap de pisică" din cauza mustăților.

d) Un tip deosebit de detalii, considerate inițial de către RORSCHACH ca „formă specială a Dd". Ele și-au dovedit tot mai mult dreptul la o tratare separată. Ele sunt interpretările *intermaculre, sau forme intermculare*. Acestea sunt interpretări ale porțiunilor albe, între cele negre sau/și cele colorate, care pot fi luate ca figuri. Sunt exemplele model de inversare a figurii cu fondului și există chiar detalii, ca de ex. ramificațiile laterale superioare ale planșei IV, unde părți ale figurii si componente ale fondului alb se pot inversa mereu. Pe baza regulii (legii) închiderii formei, datorită poziției centrale, doar la planșa II și IX figurile intermaculare sunt mai ușor de perceput/ surprins, ceea ce duce la o raritate relativă a acestei categorii de interpretări.

Când partea interpretată a figurii intermaculare este delimitată foarte mic sau neobișnuit, adica atunci când este interpretată doar o porțiune dintr-o figură intermaculară mai mare, se recomandă ca în analogie cu Dd să se marcheze cu Ddim.

În unele cazuri interpretările figurilor intermaculare vor fi combinate cu detalii mărginașe lor, sau detalii mici. Dacă este vorba de părți nesemnificative nu trebuie luate în considerare în marcare (Vezi cap. 6 la inversarea formă-fundal). Dacă însă este vorba de D întregi sau de Dd-uri bine conturate (de ex: într-o figură partea intermaculară este desemnată ca ochi), este de preferat să se marcheze cu DimD sau DimDd, eventual DdimD sau DdimDd. Exemplele se găsesc la sfârșitul cărții.

e) Ultima grupă a modurilor de percepere este cea a așa numitelor detalii mici oligofrene, marcate cu Do, RORSCHACH denumindu-le astfel pentru că le vedea tipice pentru oligofreni. Un Do este o interpretare a unei părți umane sau animaliere, atunci când unor subiecți normali le este relativ ușor să surprindă tot omul sau tot animalul. Cel mai bine este relevat în planșa III: dacă cineva interpretează doar capete, gâturi sau picioare (de subliniat, doar acestea și nu detalieri ale întregului), atunci este vorba de un Do. Un alt exemplu este interpretarea „ cap de vierme/omidă" pentru partea superioară a părții roșii mari a planșei X în poziția c.; întregul ar putea fi semnificat ca un vierme sau omidă La fel sunt prelungirile mici de pe planșa I, sus mijloc Do, când sunt interpretate ca mâini, pentru că în general este văzut ca un om cu mâinile ridicate. Și în cazul lui „foarfeci de rac" sunt tot Do. Nu și în cazul "trofeuluui de ren/cerb", fiindcă renul nu este prezent și se notează D sau Dd. Unde se vede clar doar detaliul interpretat nu este vorba de un Do. De aceea profilele verzi de pe planșa IX sunt considerate D, dar partea laterală a aceluiași detaliu este Do, dacă este interpretat în poziția b sau d drept „cap de om", fiind aici poate fi văzut omul în întregime.

Decisive sunt așadar relațiile de conținut ale interpretării. Dacă partea interpretată într-un alt răspuns este Dd sau nu, nu are nici o importanță. Prelungirile mici din planșa I sus mijloc, ar putea fi în alte cazuri un D. Și părțile superioare roșii din planșa II pot fi considerate Do, dacă sunt interpretate drept capete (de ex"cu fesuri"), fiindcă, deși proporția cu întregul nu e adecvată, majoritatea vad oameni întregi ("clovni", "chelneri").

Trebuie avut în vedere că nu se va marca nici un Do, dacă s-a dat mai înainte interpretarea omului sau animalului în întregime, de ex. dacă cineva identifică „doi bărbați" iar apoi accentuează „picioarele".

Ce anume este un Do, in diverse circumstanțe e dificil de delimitat. Astfel nu e un Do atunci când întregul este un original, dar partea semnificată nu. Ca exemplu ar fi cel a lui MORGENTHALER, și anume, detaliul „Michel" pe marginea superioară a planșei IV („cetatea"). Interpretarea „față de om" nu este în acest caz un Do, deoarece se pot interpreta ușor prelungirile laterale superioare drept corp formând împreună ceea ce e interpretat drept " un acrobat". în poziția b și d detaliul împreună cu părțile acum dedesubt pot fi interpretate ca povestitori de basme așezați cu genunchii adunați și cu degetul arătător atenționând. Ambele interpretări fiind originale, ultimul chiar un original foarte rar, ar fi dificil să socotim doar fața ca pe un Do. La fel se întâmplă cu capetele de lama sau de capră la Pl.IX (între verde și brun). Și aici înterpretarea animalului întreg, cu toate că nu este un original, dar totuși relativ rar, nu este de considerat capul singur ca Do (cu toate că răspunsul e banal).

Invers, dacă partea însăși este un original, atunci întregul trebuie văzut neapărat, dacă această parte a fost văzută așa. În astfel de cazuri trebuie marcat un Do. Când cineva vede vârfurile superioare a laturilor din planșa I, drept „cap cu brațe și părul în vânt", este considerat un original și în același timp și un Do. Capul și brațul aparțin unei fetițe ce aleargă (profil lateral), este însă prezentă toată fetița. Asemenea relații apar și în cazul prelungirilor groase laterale ale planșei V. Dacă este privit ca picior de om, atunci este vorba de un Do, deși această parte nu este un original, dar interpretarea cerșetorului culcat este un original. Dar introducerea ulterioară a părților rămase ale "aripii" în interpretarea umană întreagă dacă a fost întâi perceput piciorul atunci doar piciorul singur este un Do.

Un Dim/Gim poate fi în același timp și un Do, de ex. „picioarele" figurii intermaculare în albastrul de pe planșa VIII, în poziția c, atunci când sunt interpretate drept „picioare". În acest caz se marchează amândouă, Dim și Do.

d) Există cazuri în care se poate constata o tendință spre una dintre modurile de percepere descrise mai sus, fără ca aceasta să poată fi marcată stricto sensu la calculare. În acest caz se notează „înclinare" sau „tendință" spre Dd, Dim., Do. etc. Acesta poate fi cazul atunci când în elaborarea unor alte feluri de răspunsuri (de ex G, sau D) sau în care se fac remarci periferice la , Dd, Dim sau Do apar observații descriptive de tipul: „aici mai sunt pete mici, dar nu știu ce reprezintă". Sau poate ca și un răspuns să se oprească la un Dd, Dim, Sau Do, fără să se poată decide să exprime aceasta formal. (E bine să notăm această tendință ca exponent la marcarea modului de percepere. De ex. răspunsul „cizmă" în lateralul planșei IV poz. d și răspunsul „guler" la gâtul bărbaților din planșa III, sunt Dd; fiind piese de îmbrăcăminte și nu părți ale corpului ("picioare" sau "gât" ar fi fost Do).

În ambele cazuri Do-ul „este in aer", dar în protocol apar și Do autentice, astfel că la calculul Do-urilor putem nota "tendință la mai multe"

2. *Determinanții*

Seria de determinanți ocupă locul al doilea în formulă (în protocoalele noastre rubrica 5). Determinanții dau informații despre modalitățile de trăire, de rezonanță intimă, ale subiectului, formând nucleul de bază al metodei. În acest caz studiem ce i-a determinat subiectului răspunsul respectiv, dacă este forma, sau alte momente care coroborează, sau care o înlocuiesc .

a) dacă forma este decisivă, marcăm răspunsul ca răspuns formă cu F. Se diferențiază formele bune/pregnante, notate cu F+, de formele proaste/slabe/rele, notate cu F-. Ce este o formă „bună" se determină în primul rând din experiența cu persoane psihic normale (RORSCHACH folosea termenul "vollsinnigen"≈ "cu mintea întreagă), sau medii. Doar unde nu avem o asemenea experiență, trebuie mers pe propria judecată. Chiar și când se dețin cunoștințe atât de temeinice de zoologie și se respinge interpretarea de „fluture" privind întregul planșei I, ca zoologic imposibilă, trebuie să ne supunem „rațiunii omului sănătos" care găsește drept bună intepretarea de fluture. (circa 30% din subiecți dau acest răspuns). Bineînțeles că formele "mai bune" decât aceste "forme medii" sunt F+.

Ce rămâne din răspunsurile formă, se consideră F-. Aici trebuie delimitate 2 grupe *F-difuze* și *F- imprecise.* După cum prezintă autorul acestei cărți, în „Rorschachiana I", termenul de pregnanță a formei conține două componente, o anumită exactitate a obiectului denumit și asemănarea figurii cu acest obiect. Dacă lipsește la anumite interpretări asemănarea, atunci interpretarea este F- difuz, de ex. cineva spune: „un înger zburător", figura arată însă cu totul altfel. Dacă lipsește precizia afirmației, atunci este vorba de F- imprecis, de ex. la răspunsul „ceva anatomic", „un fel de viețuitoare". Aici nu se poate vorbi de o formă pregnantă sau difuză, pentru că de fapt nu este nici o formă, răspunsul fiind *amorf.* (F-imprecis corespunde cu „non-commital form responses" a americanilor.) Se recomandă să se marcheze cu „impr."

Pentru interpretările clarobscure pe care le dezbatem în partea a doua din acest capitol, BINDER[1] a descris în 1933 „interpretări clarobscure primitive" la care "se actualizază doar o reprezentare generală, brută și esompată, ștearsă (le vom prezenta la partea cu psihopatiile). Exemple de astfel de răspunsuri ar fi: „scheletul unui animal vertebrat"(IV), „un obiect tăiat în mijloc"(V), „animal preistoric" (IV), „ceva mărit" (IV), „ceva animalic"(IV), „ceva pe ce stau figurile de mai sus"(VII, treimea inferioară), „ceva la corpul uman"(I), „ ceva pe ce stă un ghiveci"(VII, treimea inferioară).

Dacă un anume răspuns este un răspuns F+ sau F-, este o chestiune disputabilă. Subiectivitatea este însă mai mică decât s-ar aștepta cineva dinafară sau neantrenat. Cazurile de neînțelegere ce apar între experți reprezintă o foarte mică parte din răspunsurile din

1 HANS BINDER, Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Vol. 30, 1933, p.246

protocoale. În aceste cazuri dubioase, dacă dispunem de materiale, ne putem ghida după statistică.

Este o eroare să se precizeze statistic pregnanța formei în *toate cazurile*, ceea ce ne-ar duce la rezultate refutabile, întrucât oricum răspunsurile cu forme pregnante clare sunt rare în timp ce răspunsurile formă proastă sunt foarte frecvente (parțial și datorită răspândirii nevrozelor). (Statistica este o știință auxiliară, de ajutor, fapt, care începe să fie tot mai mult ignorat.)

O întrebare de importanță principială ar fi, dacă frecventele răspunsuri rele anatomice de la planșa I („bazin", mai rar: „schelet") sunt F+ sau F-[1]. RORSCHACH le considera F-, pentru că el susținea că răspunsurile anatomice de formă proastă sunt esențialmente patologice. Profesorul HARALD K.SCHJELDERUP în Oslo, unul dintre cei mai buni cunoscători ai RORSCHACH-ului, consideră ca aceste răspunsuri pot fi privite și ca răspunsuri vulgare, astfel neputând fi F-.

Dacă autorul, cu toate aceste considerente rămâne la spiritul lui RORSCHACH, aceasta este pentru că aceste tipuri de răspunsuri apar și la cei practic sănătoși și relevă o urmă de mecanisme nevrotice. Tocmai faptul că că noi trăim o "epocă nevrotică", unde enorm de mulți oameni manifestă urme ale trăsăturilor nevrotice de caracter (personalitate), prin recunoașterea unei "normalități statistice" am estompa acest răspuns într-o mare confuzie. Ne situăm în acest caz de partea criteriilor de "normalitate" ale lui RORSCHACH, în sensul de "normă ideală".

Aceste răspunsuri sugerează chiar și la persoanele sănătoase semne de nevrotism. Trăind într-o „epocă nevrotică" sunt foarte mulți oameni dau semne de nevrotism .

Nu ne rămâne decât, alături de F+ și F- să mai introducem o categorie intermediară pentru a încadra aceste răspunsuri F±. După cum susține K.W.Bash nu se recomandă începătorilor să folosească această categorie pentru că poate deveni paratrăznetul nesiguranțelor, dubiilor și erorilor. Începătorul ar face mei bine să se străduiască pentru determinarea pregnanței în fiecare caz.

Pentru cei avansați, din anume puncte de vedere didactic F± poate fi destul de util. El întră în discuție:

1. în cazuri veritabile de dubiu sau de limită, când forma nu este suficient de pregnantă, dar totuși nu atât de proastă să poată fi încadrată la F-.

2. în cazul noțiunilor generice care sunt imprecise dar totuși sunt mai semnificative decât F- autentice. În ultima grupă se încadrează hărți ale țărilor sau grupuri de insule, care nu pot fi considerate nici F+ și nici F-. Răspunsuri ca „o țară“, „un arhipelag“, etc. care nu sunt niciodată forme total bune sau proaste în acest caz fiind recomandate indicația lui ZULLIGER de a folosi grupa intermediară F±. (interpretări precise, precum „Franța“ trebuie încadrate după pregnanța formei în F+ sau F-). Chiar și la F± se poate face o împărțire, parțial difuz sau parțial imprecis, este însă de preferat să fie evitate mai ales dacă asemenea răspunsuri apar foarte rar.

1 Există și răspunsuri anatomice formă bună, ca de exemplu „os sfenoid“.

În final, încă o problemă, care are un rol destul de important în practica zilnică, anume, animalele laterale ale planșei VIII. Dacă sunt denumite concret, „lupi", „șobolani" etc. , se marchează cu F+. de cele mai multe ori însă, subiectul spune „două animale", răspuns pe care l-am încadra la F±. După cum susținea K.B.BASH[1], astfel de răspunsuri nu sunt date doar de oameni cu un nivel scăzut de inteligență. Sunt mulți care sunt dotați intelectual și cărora li se pare figura atât de banală, încât nici măcar nu se sinchisesc să privească în profunzime, dând răspunsul „două animale". Doar în cazurile rare în care subiectul se străduiește și spune „nu stiu ce animale ar putea fi acestea" se poate nota cu F± sau chiar F- (RORSCHACH). E de preferat să se întrebe subiectul: „de care?" urmând ca subiectul fie să concretizeze răspunsul fie să repete „animale". În ambele cazuri se va nota F-

b) Ajungem acum la cea mai grea, cea mai importantă și controversată problemă a marcării RORSCHACH, anume, răspunsurile kinestezie (K). Precizarea răspunsurilor K, după cum zice RORSCHACH, este cel mai delicat punct al experimentului. Prin răspunsuri kinestezice (de mișcare) înțelegem răspunsuri formă care s-au constituit prin coroborarea engramelor kinestezice, adică la care un efect determinant au avut imagini mnezice, văzute sau imaginate de timpuriu, sau mișcări/ kinestezii proprii. (RORSCHACH, p. 23). În cazul mișcărilor văzute este vorba de imagini mnezice de kinestezie.

Apariția răspunsurilor K este un subiect controversat, explicația a fost dată însă de RORSCHACH demult. Este de găsit în lucrarea lui FREUD „Gluma și legătura sa cu inconștientul"[2]

„Reprezentarea unei mișcări de o anumită anvergură am conceput-o, executând-o și imitând-o iar prin această acțiune am reușit să stabilesc mărimea ei.

Când percep la cineva o mișcare asemănătoare, cea mai sigură cale spre înțelegere – spre apercepție- este imitarea, putând apoi să compar pentru a vedea la care mișcare se depune mai mult efort. În realitate nu execut de fapt imitarea mișcării. În loc să execut mișcarea cu mușchii, îmi folosesc imaginația și anticipez efortul depus pentru mișcări asemănătoare."

După cum ne învață fiziologia și în timpul reprezentării, mușchii sunt inervați corespunzător efortului respectiv[3]. Astfel apare mimica reprezentării și expresia feței, creându-se astfel și răspunsurile K. Se poate spune așadar, că K apar din reprezentarea imaginară

---

1 Comunicare către autor

2 SIGMUND FREUD, Der Witz und seine Beziehung zum Unbewusten, Wien, 1905, p.166-164

3 După cum ne-a demonstrat experimental ALFRED GOLDSCHEIDER în lucrarea sa „Fiziologia mușchilor"(Leipzig, 1898), fiecare reprezentare a unei mișcări provoacă măcar începutul desfășurării acestei mișcări. (aici redat de BINDER, Interpretările clar-obscure în experimentul psihodiagnostic a lui RORSCHACH. Elveția, Arh. Pt.Neur. și Psih., 30, 1933, p.46). După DAVID KATZ,care diferențiază „reflexele de imitație" și „acțiunile de imitație", această imitație este singura repetare reflexă a mișcărilor (DAVID KATZ, Handbok i psykologi, Stockholm, 1950, p.281,282)
Este doar o parte a unei legi generale, care se referă la efectul-Carpenter, denumit de psihologul englez W.B.CARPENTER, care susține că orice reprezentare a unei mișcări presupune impulsul spre execuția mișcării. Această lege generală a fost introdusă de WILLY HELPACH, numind-o „legea ideoreală" și fiind formulată în următorul fel: „ Orice reprezentare presupune un impuls spre realizarea mișcării" fiind completată de teoria lui THEODOR LIPPS și de „empatia" lui GORDON W.ALLPORT. (vezi WILLY HELLPACH, Psihologie clinică, Stuttgart, 1949, p.8 și 48, ca și HAROLD LINCKE, Formele de identificare și formarea supraeului , Elveția, Revista Psihologia, vol.22, 1963, p.340).

„virtuală“ a mișcării (PALAGYI, Teoria percepției, Leipzig, 1925[1]). E de considerat că fiecare mișcare de expresie a schemei noastre corporale[2] având impact asupra sentimentelor noastre (nucleul teoriei lui LANGE-JAMES). Rezonanța kinestezică diminutivă (trăită complet sau doar ca tensiune interioară expresivă) care apare pe baza interpretărilor K-urilor trăite, întărește procesul de identificare.[3]

Fiecare mișcare de expresie a schemei noastre corporale având impact asupra sentimentelor noastre (nucleul teoriei lui LANGE JAMES). Rezonanța kinestezică diminutivă care apare pe baza interpretărilor B-urilor trăite, întărește procesul de identificare.

GERTRUDE MEILI DWORETZKI[4] încearcă să privească problema K-ului din perspectivă genetică. Pornind de la teza lui PIAGET, care susține că reprezentarea se dezvoltă prin imitație și că reprezentarea presupune o schemă de acțiune, a găsit în cercetările sale pe copii trei trepte pe care se dezvoltă reprezentarea umană : 1. imitația, 2. imitația interiorizată devine reprezentare și poate fi astfel ecforată, actualizată mnezic, 3. reprezentarea (imitația interioară) va fi trăită în interior și astfel stimulată. A ne reprezenta o mișcare înseamnă de fapt să o trăim în interior. Interiorizarea mișcării a fost așadar abordată de MEILI DWORETZKI în două etape: mai întâi imitația va interiorizată, “ prin care reprezentarea corpului uman se poate constitui independent de mișcarea exterioară”, apoi urmează imitația internă a imaginii umane interiorizate.

Premizele producției de K sunt, după MEILI-DWORETZKI (p. 279-280): 1. Capacitatea de-a restructura, 2. Reprezentarea unei imagini diferențiate a posturii (schemei) umane, 3.Tensiuni ce nu pot să se scurgă direct în acțiune. Interpretările Kinestezice ale testului Rorschach sunt în consecință “un joc interiorizat” și “în mod corespunzător la un nivel mai înalt aceeași nevoie a expresiei reprezentării și prelucrării tensiunilor interne, duce la copii la simboluri si mai ales la jocul de rol”. Tensiunea internă poate fi însă de două feluri: Ea poate să proveni doar din impulsul general spre exprimare care produce plăcerea fabulării, sau pot proveni din “sâmburele personalității” (BINDER) și este un impuls instinctual. (p. 279).

În funcție de asta este vorba de K-urile fantascilor și ai fabulatorilor, ai celor înzestrați spre fantezie sau de K-urile “tensionaților”, a “încărcaților” care poartă în conținutul lor anxietăți, agresivități, sau altele recognoscibile în aceste K-uri (p. 280). (Avem aici aceeași delimitare între “K-urile fără conținut” și “K-urile bogate” cu conflictele centrale ale personalității, așa cum a găsit WOLFGANG BINSWANGER la pacienții săi schizofreni.

În unele cazuri este vorba de senzații kinestezice trăite. Subiectul spune de ex. „acolo

1 A. WEBER, Despre interpretările de mișcare, Zurich, 1941, citat după ROLAND KUHN, Despre interpretarea măștilor în cercetarea RORSCHACH, Basel, 1944, p.81 și 122.

2 SCHILDER scrie: „I tis clear that every emotion expresses itself in the postural model of the body, and that every expressive attitude is connected with characteristic changes in the postural model of the body” (PAUL SCHILDER, The image and Appearance of the Human Body, New York, 1950, p.209).

3 Așa cum a demonstrat experimental ALFRED GOLDSCHEIDER în lucrarea sa “Phisiologie des Muskelsinns” Leipzig ,1898, fiecare mișcare vitală apelează , cel puțin la început la reprezentarea acestei mișcări.

4 G. MEILI DWORETZKI, Vesuch einer Analyse der Bevegungsdeutungen im Rorschach Test nach Genetischen Gesichtspunkten. Schweiz, Ztschr. F. Psychologie, Vol 11, 1952, p265-282

sunt doi domni care se salută respectuos" făcând o mișcare corespunzătoare cu mâna sau corpul. În general ar trebui ca reprezentările să fie deajuns. (În domeniul kinesteziilor senzațiile și reprezentările sunt dificil de deosebit). În orice caz trebuie să fim foarte atenți ca o mișcare văzută să nu fie considerată drept kinestezie. Căci așa cum arată experimentele lui TWITMYER[1] cu testul labirint, trăirea optică nu poate înlocui trăirea kinestezică

Pentru ca un răspuns să devină K, trebuie să fie resimțită mișcarea, nu să fie doar văzută, subiectul trebuie să trăiască mișcarea, fiind vorba de indentificare[2]. De aici reiese:

α.) Nu orice descriere de mișcare este K. Sunt multe lucruri pe care le vedem (optic), fără a le trăi. Oamenii obișnuiți nu se identifică cu o rață zburătoare, cu o căprioară ce aleargă sau cu o vază ce cade. În ceea ce privește animalele, se aplică următoarea regulă: doar animalele antropomorfe sau antropomorfozate pot fi privite ca K. Animale antropomorfe sunt urșii și maimuțele. Trebuie avut în vedere: animalele planșei VIII nu sunt în general K, chiar dacă sunt urși, care se cațără, fiindcă mișcarea nu este omenească. Din același motiv, maimuțele care atârnă de coadă (planșa III, roșu exterior) nu sunt K. Când vorbim de animale antropomorfizate, înțelegem animale care nu sunt asemănătoare omului dar prin transformare vor deveni asemănătoare omului. În aest caz ne gândim la personajele din WALT DISNEY (Donald Duck, Mickey Mouse) sau personajele din LEWIS CAROLL „Alice în țara minunilor". La copii aceste limite pot fi trecute. În cazuri rare există adulți infantili care se pot identifica și cu alte categorii de animale.

Limita normală la persoanele adulte este încălcată foarte rar. „O broască care sare" (răspuns global la planșa IV) nu este K, ci F+ și un original. La oameni cu kinestezie puternică (artiști) este posibil să apară și animale mai mici sau aspecte cu caracter de basm, ce vor fi trăite K. Acest lucru se întâmplă foarte rar. Se recomandă să se urmeze regula: *Celui care are i se va da!* E bine să se procedeze după sugestia lui RORSCHACH de-a se porni de la K-urile sigure.

Dacă cineva are 18 K constatate în protocol, i se vor mai adăuga 2 răspunsuri ambigue ce vor fi socotite K.

După cum a constat BECK[3] în literartură foarte rar se întâmplă să se treacă cu vederea peste K veritabil. Cel mai mare pericol este în direcția opusă. De multe ori se socotește un K, care de fapt nu este K. BECK arată cât e de răspândită e utilizarea eronată de-a considera drept K, sau variante de kinestezie, vrute și nevrute. Și noi dorim să atenționăm aici împotriva acestei „label psychology" cum o numește el.

Exploziile, vulcanii, fulgerele, obiectele ce stau în aer *nu sunt* aproape niciodată K.

Descrierea unei mișcări văzute pe loc sau a unei poziții nu ajunge nici la oameni și nici la animalele asemănătoare omului. Nici figurile umane considerate de obicei K (planșa I mijloc, II și III) nu sunt mereu K, cum sunt caricaturile, desenele, umbrele. Când cineva spune pe un ton somnoros: „aici capul și brațele, acestea picioarele" etc. putem fi siguri că nu este vorba de K. Este posibil ca cineva să descrie poziția bărbaților atât de convingător încât poate fi considerat K.

1 ROBERT S WOODWORTH, Experimental psychology, London, 1938, p.45
2 ROBERT S.WOODWORTH, Op. cit., p 145/46
3 SAMUEL J. BECK, Rorschach's Test, I. Basic Processes, New York, 1944, p.92

β). A doua concluzie, anume că K nu reprezintă mișcări văzute doar, ci și trăite este următoarea: ceea ce considerăm K nu trebuie să fie mereu în mișcare. Și poziția corpului poate avea legătură cu kinestezia. Răspunsul unui schizofrenic la planșa V „doi chinezi căzuți morți" este K, deși chinezii moți sunt înțepeniți. Alte răspunsuri asemănătoare putem obține de la epileptici. Atât pentru catatonici cât și pentru epileptici răspunsurile legate de moarte sun tipice. "Un soldat stând drepți" este un K impecabil, în timp ce "un cerb sărind" nu e aproape niciodată.

Și răspunsurile Do pot fi K, de ex. „mâinile ridicate" din planșa I mijloc, când sunt interpretate separat. Uneori fețele pot fi considerate K, dacă sunt descrisă într-un anumit mod, presupunând o trăire kinestezică. „ Cineva , cine scoate limba" „scuipatul" sau fețe „întoarse", „gâturi întinse" „strâmbături" „plânsete" sunt toate K, fiind vorba de expresii mimice, care necesită atenție mare. "Doi caraghioși strâmbându-se" sunt foarte rar K.

Se disting două grupe de interpretări de mișcare: *kinestezii de extensie* și *kinestezii de flexie*. Există și răspunsuri care presupun combinația celor două tipuri (mai detaliat la paragraful despre valori simptomatice).

Nu îi este ușor oricui să învețe desemnarea răspunsurilor K. După cum susținea RORSCHACH uneori ușurința de cotare se datorează experienței și capacității de evaluare kinestezică proprie. Extremele nu sunt benefice. Când cineva nu are K deloc, apar dificutăți atunci când trebuie să se transpună în kinesteziile altora. Dar și opusul este de nedorit. Cine are foarte multe K, poate avea dificultăți în găsirea delimitărilor, presupunând mai multe trăiri kinestezice, decât ar fi cazul.

Și K-urile vor fi împărțite după pregnanță în K+ și K-, diferențierea se face exact la fel ca la răspunsurile formă. La K- este vorba de o mișcare percepută corect, trăirea kinestezică rămâne inteligibilă dar forma nu este bună. Dacă un copil epileptic spune la gri-ul din planșa VIII „vine o vrăjitoare periculoasă", amenințarea, expansiunea sunt inteligibile. „Bărbați întinși" la planșa VII, treimea inferioară, forma însă nu seamănă cu niște bărbați. Un alt exemplu pentru K- este: „ cineva care vânează o pasăre", pentru gri-ul și galbenul din planșa X.

Treaba stă altfel la răspunsurile foarte rare, pe care RORSCHACH le numește F-K confabulate și care vor fi socotite la F. Când cineva spune pentru fetița verde (poziția b- și d-) din planșa IX: „două fetițe mici (verde) care s-au cățărat pe un obiect (maro), un trunchi de copac; fețele lor arată ca a unor mătuși bătrâne.", într-adevăr sunt de văzut fetițe dar nu în poziția a și nu în poziția de urcare. (răspunsul unui schizofrenic). Un alt exemplu de răspuns F-K confabulat ar fi cel al unui băiat pentru planșa VI, „doi indieni care dansează". Se pot vedea persoane static care sunt prelucrate confabulator ca alergând sau sărind.

Uneori se întâmplă ca subiectul percepe întâi doar forma și doar la comentariul ulterior se dezvoltă în el trăirea kinestezică ce apare în exprimare. În acest caz RORSCHACH vorbește de *răspunsuri kinestezice secundare*. La cele primare kinestezia este în concomitență cu perceperea formei, de ex. „ acolo sunt doi oameni cu picioare subțiri și guler înalt; par că trag de ceva sau se ceartă".

Detaliile cele mai mici care sunt văzute în mișcare și sunt trăite kinestezic vor fi marcate cu Kmic (kinestezie mică). Nu trebuie marcate toate Dd kinestezice cu Kmic. Dd-urile mai

mari (ex. omulețul negru în mijlocul inferior al planșei VI) este K, doar cele mai mici (de ex. oamenii în nuanță deschisă din PlVII median jos) sunt Kmic. Ele sunt separate de K fiindcă valorile lor simptomatice din unele puncte de vedere se deosebesc de cele ale lui K. Aceste răspunsuri s-au considerat că apar doar "odată cu valorile mari ale K"[1] și de aceea nu pot fi separate de semnificația kinesteziilor în general. Acest lucru s-a demonstrat a fi o eroare. *Există* uneori protoacoale, rar, în care apar multe Kmic și un nici un singur K.

În cazuri foarte rare apar interpretări de animale care se încadrează "dincolo de limita K-ului", animale în care adulți nu se mai pot transpune, dar răsunsurile dau impresia unei mișcări trăite. În aceste cazuri se poate nota, după indicațiile lui M.LOOSLI USTERI[2] în analogie cu răspunsurile americane FM, cu simbolul KF, fiind considerate răspunsuri F (Marcat F cu KF ca exponent). Fiindcă RORSCHACH vorbește despre o „co-determinare kinestezică" (p.184, și 191), autorii americani au conceput o categorie pentru mișcări de animale ce nu sunt antropomorfe, ce sunt notate cu FM. Această marcare nu a dus însă decât la încurcături. Așadar, tot ceea ce nu are cea mai mică legătură cu kinestezia, a fost ștampilat cu eticheta de kinestezie animalieră. Dorim să subliniem avertismentul lui BECK, pomenit deja. Noi recomandăm să se acorde atenție acolo unde interpretările delimitează o antropomorfizare, adică acolo unde nu neapărat animalul, dar *măcar mișcarea poate fi considerată umană.*(ex. „un iepuraș stă cuminte pe labele din spate și face frumos" ,„un cerb merge cu capul lăsat la atac") expresia mișcării trebuie să fie foarte puternică și plastică.

c) a treia mare categorie de determinanți, alături de răspunsuri formă și kinestezie, sunt *răspunsurile cromatice.*(C) RORSCHACH folosește semnul C pentru toată grupa de răspunsuri cromatice.

O parte din planșele RORSCHACH sunt colorate, astfel că un răspuns poate fi determinat și de culoare, alături de formă sau în loc de formă. Dacă răspunsul este determinat și de formă și de culoare, apar două situații: ori domină forma, răspunsul fiind unul *formă-culoare (FC)* sau domină culoarea atunci fiind vorba de răspuns *culoare-formă (CF).* Atunci când doar culoarea este cea determinantă, vorbim de un *răspuns culoare primar (C)*. această împărțire nu provoacă de obicei dificultăți.

α.) Răspunsurile formă-culoare (FC) pot fi împărțite în forme bune sau proaste, FC+ sau FC-. Majoritatea sunt FC+.(ex. planșaVIII, albastru „două canapele de mătase", planșa IX, maro „raci fierți", planșa X, verde mijloc „viermi", verde lateral „lăcustă", albastru lateral „albăstrea"- „floare" ar fi CF). „fluturii" sunt FC, de ex. în majoritatea cazurilor roșul superior al planșei III și roșu mijloc sunt F+. „fluture roșu"sau „fluture tropical" este un răspuns bine localizat care merită atenție. Un răspuns ca „urși polari roșii" la figura laterală a planșei VIII nu este FC ci F+. În acest caz culoarea va fi doar numită pentru că roșul nu se potrivește. Uneori culoarea este folosită doar pentru localizarea răspunsului, de ex. când cineva spune la planșa X, galben mijloc: „galbenul reprezintă câinii", fiind tot F+, dimpotrivă, „leii" sunt FC. De asemenea tot răspuns F+ la planșa IX ar fi „verdele reprezintă

1 MANFRED BLEULER, Der Rorschach'scher Formdeutversuch bei Geschwistern, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, vol.118, 1929,p.384

2 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Personlickeitdiagnostik. Rorschachiana II, Bern, 1947,p.17

două fețe verzi” (verdele e doar localizarea), în schimb, „fața verde” este deja FC. Răspunsul „vulpi” la animalele laterale ale planșei VIII sunt de obicei FC.

Răspunsurile FC pot fi date si detaliilor negre, gri sau albe. Griul apare și la planșele colorate, de ex. planșa VIII, gri, „munți îndepărtați”

Precizarea FC poate provoca dificultăți. La răspunsuri cromatice cu forme proaste avem tendința să le considerăm CF. Aici ne este de folos împărțirea în forme difuze și forme imprecise. FC sunt forme difuze, când spune cineva, de ex. „rac”, ca formă la ceva rozaliu, dar nu se potrivește deloc, este vorba de FC. Un răspuns FC tipic ar fi cel pentru planșa X, verde mijloc (viermii): „doi papagali cu cap și coadă” (răspunsul unui pseudodebil nevrotic). În acest caz, este spus direct în răspuns, că trebuie să fie menționată în primul rând forma. De unde reiese că persoana a vrut să dea în primul rând un răspuns formă, cu luarea în considerare a culorii, dar forma nu i-a reușit. o întrebare privind determinarea răspunsului la aceste persoane e inutilă fiindcă nu vor înțelege sensul ei. Alte exemple sunt la planșa III, roșu superior: „două paiațe”, planșa X „animăluț de pluș”.

β. Răspunsurile culoare-formă (CF) sunt determinate în primul rând de culoare, în timp ce forma rămâne ca și fond. Elementul de formă este imprecis și defocalizat. CF tipice sunt: la planșa IX „intestine” sau „explozie”, „bombă atomică”, „ornament”. La planșele VIII-X sunt de asemenea CF, hărți de țări nedefinite. Răspunsuri .... nedefinit de anatomie la planșele VIII sunt culori DG.

χ. Răspunsurile-culoare primare (C) sunt determinate doar de culoare și sunt analoage culorilor de suprafață (în sensul lui KATZ-vezi cap 16). Răspunsul „cer” pentru o pată albastră poate fi văzut drept foarte bun. Allte C tipice sunt „sânge”(roșu), „apă” (albastru), „pădure” (verde) „sos de tomate” etc. Dacă se precizează un moment-formă, trebuie notat CF, de ex. „pată de sânge”, „pădure pe o hartă”.

Dacă este doar numită culoarea , vorbim de o denumire sau denominare a culorii. „acesta este roșu”, „roșu și negru” „trei culori”, acestea toate sunt denumire a culorii. Unii notează CN. Denumirea de culori, datorită valorii ei simptomatice, nu trebuie băgată în aceeași oală cu răspunsurile culoare. Ele pot fi doar observații descriptive, răspunsul „aici sunt culori” nu este denumire de culoare.

d) În cazuri rare interpretarea conține K și C simultan iar atunci trebuie cercetat dacă una din ele este preponderentă, adică dacă e primară. Dacă mai întai sunt interpretați clovnii dansând din planșa II și abia apoi se va adăuga „cu căciuli roșii” se notează doar cu K. (Dacă „căciulile roșii” apar mai târziu ca răspuns individualizat se notează ca D FC+.) Mult mai rar este reversul. Dacă, precum în exemplul lui RORSCHACH, dacă din răspunsul “purpur cardinal” la roșul mare de la pl.X dezvoltă “Doi cardinali repezindu-se unul spre altul” se marchează optim două răspunsuri, primul C, al doilea K.

Doar în cazurile excepționale când doi factori par să acționeze simultan se notează cu KC, de ex. la răspunsul „sabatul vrăjitoarelor” la planșa IX. Un alt exemplu, dar în poziția c, este o doamnă grasă îmbrăcată colorat, care intră cu ținuta ei într-o sala de sport. Doar în cazuri de excepție se notează cu KFC, de ex. la răspunsul de la planșa VIII în poziția –c „niște oameni (între roșu lateral și mijloc) care stau la o masă (albastru) cu o veioză (roșu

mijloc), se notează: DimD KFC+ scenă orig.+.Esențial este K-ul omului așezat, forma e atât de bună încât KC (considerată ca CF, vezi cap următor, la calculare) ar fi o nedreptate față de aspectul formal. Dacă am ignora cromaticul am desconsidera determinantul veiozei roșii. Răspunsul nu poate fi fragmentat, întrucât tocmai figura intermaculară cu contopirea fond –formă e componenta lui esențială. Un alt exemplu unde marcarea KFC ar fi la locul ei este următorul: "Un troll (spiriduș) mare și caraghios care se rușinează fiindcă are un cap roșu și urechi mari". Răspunsul este la întreaga pl. IX în poz. c.

(Privitor la KClob vezi următoarea parte a acestui capitol.)

e) Forma, kinestezia culoare și ulterior prezentatul momentul clar-obscur sunt cei mai importanți determinanți. La schizofreni sau schizoizi pot apărea încă doi determinanți. Ei pot ajunge la ideea de a da răspunsurile pe baza *numărului /cifrei* figurilor, de ex. două pete să fie numite „mama și tata". Tot aici se încadrează și răspunsul „șase fețe" la planșa VII. Astfel de răsunsuri cifră pot apărea și la copii cam de vârsta de 6 ani.(AMES et alii, p. 100). Tot la schizofreni sau schizoizi apar așa-numitele răspunsuri *poziție* care par a fi determinate de poziție, de ex. „inimă", detaliul aflâdu-se în mijloc. În general sunt răspunsuri anatomice de poziție. Apar însă și răspunsuri non-anatomice de poziție. BECK[1] da un exemplu simpatic: cele două vârfuri mici gri din planșa VIII considerate „polul nord". Aceste tipuri de răspunsuri sunt destul de frecvente și la copii dar până la vârsta de 4 ani. Atât răspunsurile cifră cât și cele poziție sunt probabil expresia fenomenului de regresie la schizofreni, ca și contaminările și ecolalia, ca o întoarcere la modurile de gândire și vorbire din copilăria timpurie.

3. Conținutul

Clasificarea conținuturilor răspunsurilor este partea cea mai simplă din testul RORSCHACH și în general nu presupune probleme. Pentru cele mai importante grupe de conținuturi s-au folosit prescurtări, H pentru figura umană, Hd pentru detalii omenești/ figuri parțiale umane, A pentru animale, Ad pentru figuri parțiale de animale, Anat pentru anatomic, Sex pentru interpretare sexuală, Pl pentru plante, Nat pentru natură, Obj pentru obiecte, Arch pentru arhitectură, Orn pentru ornamente, îmbr pentru îmbrăcăminte, hartă pentru hărți, Abstr pentru abstract. Altele nu sunt prescurtate , cum ar fi „mâncare", „scenă", „imagine", „ sânge", „foc" „apă", „nori"etc.

În testul RORSCHACH nu facem mari diferențe între oameni ș*i trolli, spiriduși, fantome, zeități, etc*. În ciuda unor atributel animalice, sunt încadrate la răspunsurile H. De cele mai multe ori sunt imagini parentale, iar atributele și conținutul acestor răspunsuri sunt preluate din experiența anterioară *umană* a subiectului.

Măștile trebuie marcate ca atare (vezi cap. 6), dar calculate în categoria Hd, nu luate separat ca grupă. Acest lucru este important datorită unei eventuale constatări a unei stereotipii a fețelor, în care aproape mereu se se introduc măști și aceasta poate fi depistată astfel ușor.

1 Samuel, Rorschach's Fest, I. Basioc Process, New York, 1944, p. 150.

Blana de animale este încadrată în grupa A și nu ca Obj., pe bună dreptate, pentru că la interpretarea „blană de animal sălbatic" „blană de capră" la planșele IV și VI se percepe aproape mereu o figura de animal. Chiar și „piele de animal" este încadrată de către RORSCHACH la grupa A și nu la Ad. Și animalele antropomorfizate și animalele cu mișcări asemănătoare omului se încadrează tot la A.

ZULLIGER recomandă ca piesele de *îmbrăcăminte* și *alimentele* să fie luate ca și categorii separate.

Răspunsurile abstracte sunt răspunsuri reale cu conținut abstract, de ex. „eternitate", „dragoste", „încredere", „prietenie", „dictatură de fier" etc. Răspunsurile „primăvară", „vară" sunt ambigue și aparțin așa-numitelor impresii. Trebuie acordată atenție accentuărilor simetriei, impresiilor, descrierilor, valorizărilor, care nu sunt deloc răspunsuri, să fie luate drept răspunsuri și marcate cu cu Abstr. Observații precum „cele două sunt exact la fel", „acestea sunt două jumătăți", „o curbă frumoasă, care îmi place", „îmi dă senzația de mișcare", „nu suport roșul" „oh, ce culori", acestea *nu sunt* răspunsuri abstracte. (Din păcate aceste exemple nu sunt construite, ci reale!)

4. Originalitatea

După frecvența răspunsurilor date se notează ambele extreme ca Ban., adică *răspuns banal*/ comun/vulgar, sau Orig., adică *răspuns original.*

a) *Răspunsurile Ban* au fost introduse destul de târziu de către RORSCHACH, până atunci notând doar orig. Prin interpretări Ban el înțelegea interpretările făcute de fiecare al treilea subiect normal (p.184). (faptul că în cuvântul “normal” poate exista o problemă l-am discutat anterior în cazul localizării răspunsurilor anatomice de la pl. I.) Faptic frecvența acestor răspunsuri este destul de redusă iar în SUA se socotește în loc de tot al treilea , tot al șaselea[1] subiect. O frecvență reală ar putea fi la mijloc.

Faptul că Ban depinde de factori de mediu și de așa numita ”mentalitate populară" (a “caracterului național" spre ex.) duce la *deosebiri regionale*. Dacă de ex. clownii de la pl. II (ca G K+) sunt în Elveția și în majoritatea țărilor europene un Ban, ele sunt văzute de nativii americani destul de rar[2]. Iar în timp ce în Danemarca, la fel ca în Elveția răspunsul la roșul mijloc din pl. III “un fluture" este frecvent, în Suedia apare în locul acestuia răspunsul banal “o fundă/papion" (in suedeză “en rosett")

Astăzi am nota Ban în ideea lui NEWCOMB ca exponent al experienței unui anumit grup, deci a unei „cadru de referință comun" , acesta fiind rezultatul unei comunicări și facilitând în același timp comunicarea. După cum susținea ROMMETVEIT, fenomenul unei „norme sociale" este un mod de percepție.

Ban sunt limitate și temporal, de ex. în anii 30 toată lumea iubea președinții din Rocky Mountains, care astăzi au fost uitați. Astfel că după 1945 răspunsuri frecvente erau „explozie", apoi după 1960 apar răspunsurile „rachetă".

---

1 De ex. MARY FORD, The Application of the Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, 1946,p.101

2 BROSIN and FROMM, Some Principles of Gestalt Psychology in the Rorschach experiment, Rorschach exchange, vol.VI, 1942, p.10

Așa cum, pe drept remarca OBERHOLZER sunt în *jur de 9 Ban internaționale*, din care 2 (planșa I și V) cu ambele variante „liliac" și „fluture". Se găsesc în tabelele ajutătoare de mai jos. (În rest am am considerat în aceste tabele doar ban care par a fi valabile în Elveția și în țările central și nord europene.)

Atunci când aceste răspunsuri Ban variază esențial ca mod de percepere și determinanți este necesar ca Ban să fie pus în paranteză și să marcăm (Ban), de ex. la planșa VI în loc de G va fi interpretată doar partea principală a planșei ca „blană de animal" ,sau când răspunsul la planșa I sau V este „umbra unui liliac", ori când bărbații din planșa III sunt văzuți ca figuri de desene animate cu capete de pasăre (în funcție de formulare sunt K sau F). Alte exemple de (Ban) sunt: Pl.IV:"o blană de animal cu marginile întoarse" , sau (foarte rar) liliacul de la pl. V e văzut ca DG, este liliac fiindcă "are niște gheare cu care se ține bine".

b) *răspunsurile originale (orig)* sunt opusul răspunsurilor Ban. După RORSCHACH toate răspunsurile, care au fost date în aprox. 100 de experimente pe subiecți normali de circa o dată, ar trebui considerate originale. Pentru că nu poate fi demonstrat statistic, marcarea răspunsul original rămâne o apreciere. Orig. trebuie apreciat după raritatea interpretării și nu după frecvența părții de pată alese. Altfel multe Dd-uri percepute rar ar fi de la sine originale, iar asta nu este așa. Cum ar fi unele fețe mici văzute în petele mici care uneori încep să fie și auzite).

Și orig vor fi împărțite în orig+ și orig- . Originalele CF și C sunt de obicei orig-. La F± nu e nevoie să decidem dacă este vorba de orig - sau orig+, decizia neîntâmpinând oricum probleme. (categoria ± nu se recomandă a fi introdusă, pentru că ea nu pune în discuție o dimensiune cantitativă ca la F+%, ci ține de evaluarea calitativă a originalității, dacă este o fantezie creatoare sau una aberantă, adică dacă originalitatea e bună și nu forma.)

Pentru aprecierea calitativă trebuie avută în vedere împărțirea răspunsurilor orig. S-a constat totuși că această împărțire nu acoperă toate aspectele teoretice importante. ZULLIGER a mers prima dată pe acest drum când pentru Be-Ro Test a făcut delimitat între originale de de conținut[1] și originale de percepere (Auffasungoriginale und Erfassungsoriginale). S-a constatat că împărțirea nu acoperă toate punctele de vedere pentru practică. După recomandarea lui K.W.Bash, ZULLIGER și autorul acestei cărți au desemnat o împărțire a orig.

1. O*riginalele de conținut*, *sau de înțeles* sunt originale „obișnuite" și sunt compuse din două subgrupe:

- *originalele de motiv*, care intervin în cazul unor G, D, Dd, sau Dim obișnuite, dar cu un nou conținut.

- *originale de prelucrare*, sau de elaborare, adică prelucrări noi, completări sau îmbunătățiri ale unor conținuturi mai putin originale.

2. *Originale de percepere*, a căror originalitate se regăsește mai puțin la nivel de conținut, main degrabă la perceperea și asamblarea părților figurii.

Nu este necesar să se introducă noi formule. Originalele de percepere pot fi marcate în formulă cu Orig P.

1 Am preferat notiunile de conținut, înțeles pentru termenul german " și Auffasung" și cel de percepere pentru "Erfassung" aceasta accentuînd sensul clasificării date de autor

La originalele de motiv trebuie avute în vedere, acelea dintre ele care sunt răspunsuri originale a căror conținut cuprind domeniu ocupației subiectului (anatomie, geografie, muzică etc.). Aceste originale sunt orig+.

Exemple pentru originalele de motiv se regăsesc în planșele ajutătoare de localizare.

La originalele de prelucrare se poate întâmpla ca orig + și Ban să fie marcate la același răspuns. Două exemple: planșa II: „doi oameni se roagă în jurul unui foc". La cotare se acordă câte un punct pentru ambele categorii.

c) există și *răspunsuri individuale*.(ind). RORSCHACH se referă aici la interpretări care au fost date doar de subiectul respectiv. Se înțelege de la sine că doar cei experimentați pot marca ind. Ceilalți, este de preferat să se rezume la orig. Dacă se deține experiență și există acel sentiment de siguranță că un al doilea om nu va da acest răspuns, se poate marca ind. Exemple: planșa III, poziția c, figură intermediară de mijloc + trunchiul bărbaților: „ un ou ce sare din găină" (răspunsul este un A orig.). Răspunsurile individuale vor fi evident marcate ca și răspunsuri originale.

II. Valorile simptomatice a elementelor formale

Testul RORSCHACH nu este un experiment mecanicist. Singurele elemente formale, pe care le-am și prezentat, nu se lasă traduse precum cuvintele cheie din „cartea egipteană de vise". RAPAPORT recomandă: „Examinatorul va fi capabil să evite tipul de interpretare din cartea de vise, atitudinea mecanică față de test și idolatrizarea scorării doar dacă are un fundament sănătos de teorie psihologică și psihiatrică[1].

Fiecare element are în fiecare caz individual o valoare simptomatică. Aceasta nu are o dimensiune neschimbată, rigidă ea oscilează de la caz la caz. Mulți autori[2] au susținut că un prototcol RORSCHACH reprezintă ca întreg un „Gestalt", care nu poate fi destrămat în elemente rupte de context, care să poată fi privite separat.

Categoria de psihologi mecaniciști pentru care analiza structurii întregi este foarte dificilă, au catalogat testul ca fiind „neștiințific", considerând că „științific" presupune exactitate fizico-matematică. Și totuși în psihologie nu putem gândi în reprezentări fizicaliste.

Cu toate că nu există valori simptomatice constatate ca absolut valabile pentru toate cazurile, se desprind câteva linii directoare de principiu pentru semnificația lor psihologică. Aceste valori simptomatice de bază ale factorilor individuali ai testului sunt de înțeles doar ca explicații teoretice ale acestor factori, și nu vor fi luate ca niște „traduceri" ale unor cuvinte cheie într-un dicționar. Dar trebuie să ne mulțumim în acest capitol să dăm doar o schiță a acestor valori simptomatice. Fiecare dezbatere mai temeinică va fi tratată corespunzător cu problema așa cum am încercat înîntreaga parte a III-a a acestei cărți. În afară de aceasta, este

1 DAVID RAPAPORT, Diagnostic Psychological Testing, Vol. II, Chicago, 1946, p.89

2 Printre alții ROLAND KUHN, Uber Rorschach's Psychologie und die psychologischen Grundlagen des Formdeutversuches, in "Psychiatrie und Rorschach'scer Formdeutversuch", Zurich ,1944,p. 41, și RUTH BOCHNER and FLORENCE HALPERN, The clinical application of the Rorschach test, New York, 1942, p.17

deosebit de avantajos din punct de vedere didactic, ca valorile simptomatice foarte relative și multiplu ramificate ale unor categorii de răspunsuri, să fie discutate si evaluate în contextul evaluării globale a testului.

1. Modul de percepere

Din rubrica ce ține de percepere putem deduce disponibilitatea de prelucrare mentală ("the mental approach") a subiectului.

a) G corespunde în general capacității de *a privi în ansamblu*, perceperii *relațiilor*, fiind în relație cu *inteligența teoretică* și *gândirea sistematică*. Nu toate G-urile au legătură cu inteligența teoretică. Se presupune bineînțeles că majoritatea G sunt forme pregnante. Multe G difuze, se întâlnesc însă, de exemplu în demența organică și G imprecise apar în psihopatia instabilă.

Și totuși nu toate G+ presupun dotare teoretică. Dacă toate sunt în același timp Ban (iar acest lucru se întâmplă frecvent), subiectul poate să observe doar relațiile banale. (În sens pozitiv G+ și Ban concomitente este expresia a ceea ce apare drept "common sense", sens comun.) Ca să fie vorba de o inteligență teoretică de nivel înalt, G trebuie să nu fie banal, ci pe cât posibil de original. (privitor la specificitatea regulilor la copii vezi cap. 15)

G-urile nu sunt în legătură doar cu interesele teoretice, ci sunt și o expresie a tensiunilor afective, care impulsionează activitatea intelectuală. RORSCHACH (p.54) vorbește despre „energia dispozițională a sistemului de asociații". De aceea ele sunt semne ale interesului, *motivației spirituale*. În cazul accentuării crispate al factorului G (până la extrema tipului pur G+, care dă doar 10 răspunsuri G+) vorbim de *orgoliul calității*. (vezi mai detaliat la evaluarea calitativă a inteligenței) Aceast orgoliu nu stă întotdeauna sub auspiciile dotării intelectuale. E vorba doar de o tendință nefericită spre știință, care se trădează prin accentuarea G-ului, dar unde nu apar mereu forme bune ci și G±. Dacă formele proaste apar (G-/+) concomitent cu accentuarea puternică a G-ului, atunci tabloul se apropie de cel al psihopatului egolatru, ambițios.

Valoarea simptomatică de bază a *DG-* este tendința subiectului spre confabulare, un anume grad de *neîncredere* în gândire și amintire (ecforare[1]). DG+ , dimpotrivă, poate reprezenta un tip de *gândire constructivă*. Chiar și la *revericii* dotați artistic apar DG ca F+ sau K + (adesea alături de mulți K). În aceste cazuri ele reprezintă inhibiția productivității, care nu îi permite subiectului să-și folosească dotarea artistică, ca la oamenii cu GK+ combinatoric, la care toate părțilr semnificate au aceeași calitate bună a formei.

DdG au valori simptomatice asemănătoare cu DG, se întâlnesc însă mai frecvent general însă la copii și schizofreni.

DimG oglindește în general *tensiunea dintre subiect si mediul* său, o „nemulțumire centrală" (ZULLIGER, Bero, p.57), dusă eventual până la îndărătnicie, încăpățânare. Dacă

1 Ecforie = temen psihologic desemnând activarea de catre un stimul ale conținuturilor mnezice și ale procesellor memoriei. De unde derivă termenul de anecforie = o tulburare a functiei mnestice in care subiectul reuseste sa-si aminteasca anumite evenimente doar daca este sustinut de anturaj (n.t.)

sunt imG fundamentul tensiunii se află de obicei în trăsăturile nevrotice de caracter ale subiectului. Dacă sunt Gim atunci este vorba de stimulări din mediu, cu caracter de realitate, adică de lupte politice sau de diferențe de viziuni asupra lumii, lupta pentru o idee sau o nemulțumire întemeiată de sine însuși. Gim reflectă o „opoziție ascunsă" o critică concesivă[1]. La așa-zișii tineri dificili, DimG poate fi luat ca diagnostic diferențial privind influențele negative de mediu[2]. BOCHNER și HALPERN au găsit DimG la copii și tineri proveniți din familii destrămate ca expresie a insuficienței și sentimentelor de nesiguranță[3].

Despre celelalte G secundare vezi capitolul 6.

b) și c) D-ul este în protocolul RORSCHACH expresia percepției *nemijlocitului din apropiere*, a aspectelor simple și *practice*, având legătură cu inteligența practică. Dd-ul reprezintă în mod corespunzător sensul amănuntului, detaliilor, neesențialului, a fineței, a remarciii sau "băgatului de seamă", în sens pozitiv al *spiritului de observație acut*.

"NANCY BRATT[4] găsise G proaste și D bune la pacienți la care s-a încercat recuperarea, dar cărora le lipsea privirea în ansamblu.

Într-o oarecare măsură *D-urile sunt și ele factori de contact*. Acest lucru e mai clar atunci când privim partea negativă: Înmulțirea evidentă a Dd pe spezele D, apare fără excepție (din cauze diferite) în situați în care este vorba de micșorarea sau de tulburarea contactului social (depresie, nevroză compulsivă, anumite forme de schizofrenie). Minimul de D îl găsim la autismul schizofrenic. Chiar și cârcotașii și certăreții (querulenții) cu ale lor multe Dd-uri sunt foarte dezamăgiți de mediul lor uman. ("Nu-i este nici lui bine, altfel nu ți-ar face nici ție rău" , cum bine se exprima FRIEDRICH RÜCKERT)

În afară de categoriile enumerate (depresivi, nevrotici compulsivi, caractere compulsive, querulenți, cârcotași), cărora le este proprie o *agresivitate anală* (chiar și în melancolici se ascunde o porție importantă de agresivitate)[5], există și oameni la care preponderența Dd, provine din limitarea capacității intelectuale la orizonturi mult mai înguste (la G-uri puține). „Aceștia sunt oamenii care pentru a se simții importanți trebuie să fie broaște mari în baltă mică", după cum se exprimă BOCHNER și HALPERN[6]. Din motive similare și înmulțirea Dd-urilor este regăsită mai ales la cei mai puțin dotați intelectual.

d) *Dim* –urile aparțin, parțial, datorită frecvenței relativ reduse, de factorii cei mai importanți și decisivi ai protocolului RORSCHACH. „Scot la iveală mereu o tendință de opoziție" spune RORSCHACH și observă că deja mai mult de un răspuns de acest fel ar fi suspect. Mulți alți autori (ERNEST SCHNEIDER, FURRER), critică afirmația susținând că această opoziție ar trebui să fie mereu manifestă. Dar nu la așa ceva s-a referit RORSCHACH. Felul în care a semnificat Rorschach figurile intermaculare reprezintă una din cele mai geniale observații ale creației sale.

1 HANS ZULLIGER, Der Z Test, Bern 1948, p.34
2 HERMAN REISTRUP, Der Rorschach-Test als Hilfsmittel bei der Diagnostizierung von Milieureaktionen, Acta Psychiatrica et Neurologica, VolXXI, 1946, p.687-697
3 BOCHNER und HALPERN, op. cit, p.30
4 NANCY BRATT, Rorscachtesten I klinisk praxis. Akademik Forlag, Koebenhaven, 1968
5 Vezi KARL ABRAHAM, Versuch eines Entwickelungsgeschichte des Libido, Wien, 1924
6 BOCHNER and HALPERN, op. cit. p.28

Dim sunt pur și simplu expresia *agresivității*, dar în primul rând că există și alți factori de agresivitate în test (pentru agresivitatea anală de ex. e Dd, dar pentru agresivitatea falică, alți factori, pe care îi vom prezenta pe scurt la cap. nevroze), iar în al doilea rând agresivitatea nu e mereu manifeastă și îndreptată spre exterior. Se poate spune că numărul de Dim este măsura pentru intensitatea tensiunii agresive. De acea este foarte normal că la copii și tineri tendința spre Dim este mai mare decât la adulți[1]. Unde este plasată energia agresiunii și în ce direcție se manifestă ea, acest lucru ține de factorul de experiența trăită anterioară. Doar din imaginea de ansamblu a testului putem să judecăm fără șansa de-a greși și doar astfel putem judeca, dacă agresivitatea poate fi catalogată preponderent pozitivă sau negativă (heterocritica sau autocritică, "tupeu", "energie", "impuls" etc.). Acest lucru depinde în primul rând de "nivelul" testului (calitatea fiecărui factor, inclusiv conținutul) iar în al doilea rând de gradul și structura unor eventuali factori nevrotici sau a altor factori patologici. De altfel factorul Dim este multiplu determinat, adică poate fi evaluat atât pozitiv cât și negativ, concomitent (de ex. că e o trăsătură disconfortantă la un intelectual cu postură critică, dar și ca "îndrăzneala exploratorie" a cercetătorului). Atractivă ar fi observarea acestui factor în studiul așa-numitului caracter național.

Ultimul cuvânt despre valorile simptomatice ale Dim poate încă nu a fost spus. Probabil după cum a spus RORSCHACH, Dim combinate cu componente ale figurilor, au o altă valoare simptomatică. (RORSCHACH vedea în conținutul lor împlinirea dorințelor)

După FONDA media optimă a Dim% este de 4. În medie se obține unul dintr-un protocol de la 25 de răspunsuri.

Ca regulă de bază ar fi: *Dim + C (interpretări cromatice)* se găsesc la *agresivitatea manifestă îndreptată spre exterior* (negativul nu este însă un indiciu contrar*), Dim + K (interpretări kinestezice)* apar la agresivitatea introiectată (îndreptată spre propria persoană), a așa numitei *inhibări a agresivității*, care duce adesea spre depresie, uneori spre timiditate și hiperpolitețe, dar întotdeauna spre *sentimente de inferioritate* și neîncredere de sine, adică spre *nesiguranță*. La un nivel înalt al afectivității stabile, factori de frânare buni și trăsături nevrotice reletiv puțin dezvoltate vom evalua agresivitatea manifestă preponderent drept hetero-criticism, iar agresivitatea inhibată preponderent drept autocriticism. Dacă sunt prezente atât K-uri cât și C-uri (ținând cont și de controlul formal al determinantului cromatic) în proporție relativ echilibrată (tip de rezonanță intimă ambiegal), configurația descrie oameni cu *indecizie* chinuitoare, *hipertemeinici*e, pesimism și *mania dubitației.* (Vezi și tabelele autorului din "Psychodiagnostik"-ul lui RORSCHACH de la p.260). In cazul tipului de rezonanță intimă coartat (vezi mai jos), acolo unde nu există și K și C, decât maxim 1-2 în total, contează F+% și G+. Dacă ambii factori sunt deosebit de mari. Dacă cei doi factori sunt la nivel bun, atunci un număr de Dim mare semnifică inibiția agresivității.

Din această multiplă fațetare a Dim rezultă o concluzie prognostică care are o importanță practică majoră în psihologia aplicată, *pentru profilaxia delicvenței* și pentru *prevenția psihologică a accidentelor*. ARTHUR KIELHOLZ spune că „păcatul se naște

1 HANS ZULLIGER, Bero Test, p.59/60 și WILLI ENKE, Die Konstitutionstypen im Rorschach Experiment, Zeitschr f. ges. Neur. u. Psychiatrie, Vol 108, 1927,p.673

din sentimentul de vinovăție din inconștient, atunci când tendința distructivă a sinelui se îndreaptă asupra lumii exterioare, iar accidentul, atunci când această negare distructivă se manifestă împotriva propriei persoane"[1]. El adugă de asemenea: „metodele de diagnostic capabile să depisteze astfel de tendințe cu probabilitate mare de producere a accidentelor trebuie să mai fie încă elaborate"

Când este vorba de multe Dim, ne asteptăm la o negare distrcutivă manifestă (vezi psihopatie antisocială). La multe Dim și mai ales la TRI introvert există o tendință de predipoziție la accidente. Aici avem o asemenea posibilitate diagnostică. La multe Dim și un tip de rezonanță intimă predominant extratensiv avem a ne aștepta (cu ceilalți factori presupuși) la o tendință manifestă destructivă (vezi "psihopatia antisocială"); La Dim multe și tip de rezonanță intimă preponderent introversiv (inhibarea agresivității) ne așteptăm la o înclinație spre accident (vezi și "depresie caracterogenă").

e) Do, după cum îi spune numele, a fost considerat la origine că este tipic oligofrenilor. Mai târziu s-a demonstrat că unii, dar în nici un caz toți oligofrenii au o tendință pentru aceste răspunsuri, și totuși ele pot apărea și la persoane normale dotate intelectual. S-ar putea spune la prima mână că Do alături de multe F- reflectă debilitate și imbecilitate, iar alături de multe F+ sunt indicatori ai *anxietății* și *inhibiției*. Ele izvorăsc astfel dintr-o anume îngustare a câmpului spiritului (nu cel fiziologic!) ce apare adesea în teamă și depresie. După FRITZ SALOMON[2] Do sunt semne ale agresivității convertite în teamă (probabil agresivitate orală) la reprimarea conștientă a tendințelor agresive.

În final mai adăugăm un indiciu dat de ZULLIGER (Bero-Test, p106), anume, că ordinea de percepere este în relație cu stadiile de dezvoltare ale libidoului. G corespunde oralității, D genitalului iar Dd analului.

Și ZULLIGER face legătura dintre Dim și agresivitate. Înmulțirea G sau Dd în același timp cu scăderea D, la nevrotici reflectă o tendință de regresie a eului la fazele pregenitale corespunzătoare.

2. Determinanții

a) Valoarea simptomatică generală a *răspunsurilor formă* reflectă în primul rând calitatea lor. F+ reflectă o capacitate de observare (*spirit de observație*) bună. Cei ce nu observă în mod obișnuit, nu au engrama acută și prin urmare nu pot ecfora nici la test. Trebuie să se poată și concentra asupra sarcinii testului, pentru a putea vedea forme. Astfel *capacitatea de concentrare*, atenția și într-o măsură oarecare măsură stabilitatea fac parte din cea de-a doua condiție presupusă privind răspunsurile de formă bună.

Formele difuze le regăsim la cei mai puțin inteligenți datorită slabului spirit de observație și a tulburărilor de concentrare (mai ales la nervoși).

1 ARTHUR KIELHOLTZ, Verhutung von Verbrecherei bei psychosen, in MENG, Die Prophilaxie des Verbrechers, Basel, 1948, p.146

2 Fritz Salomon, Fixatious, regression et homosexualite dans les tests de type Rorschach - Revue Française de Psychanalyse, vol. XXIII, Nr. 2, 1959, p. 237, 239.

Formele imprecise, F- sunt ori semne ale unei inhibiții elaborării formei sau a unei incapacități a elaborării formei. Ele apar în diferite combinații cu alți factori în diverse stări.

Pe baza materialului nostru am obținut următoarele date medii provizorii:

F imprecise apar:

1. alături de tendințele de reținere (răspunsuri puține, renunțare) la caracterele reținute și la oameni depresivii-reținuți cu sentimente de inferioritate;

2. alături de H=0, Anat sporite (autoobservare), Do-uri (anxietate retentivă) și TRI puternic extratensiv cu valori cromatice labile în narcisismul secundar (adică un soi de prăbușire a relațiilor "diplomatice" cu lumea). Acești oameni "au abandonat lumea" , după expresia lui FRIEDRICH RÜCKERT. (Privitor la alte combinații în narcisism vezi cap 11, B).

3. alături de F+% scăzut și eventual cu Anat ca simptom de anxietate în cazul inhibiției nevrotice a gândirii, și alături de un TRI extratensiv și Anat în cazul pseudodebilității isterice, iar la TRI introversiv și Do în cazul inhibiției gândirii în nevroza compulsivă.

4. la organici:

a) - ori ca simptom al pierderii capacității de concentrare în stări de neliniște asemenea celor hipomaniacale de etiologie organică (stări postcefalitice, encefaloze, etc.), sau

b) - în tulburările de ecforare de natură organică (pierderea noțiunilor individuale, de tip agnozic-afazic);

6. ocazional în depresia endogenă colorată anxios;

7. ca semn al indolenței în schizofrenia abulică, respectiv ca simptom al schizofrenului (abulic) "de interpretare" (sensul WOLFGANG BINSWANGER);

8. alături de critica obiectului în evitarea (teama de) contactelor, hiper- prevederea anxioasă evitarea responsabilității și, incapacitate de decizie (subvaliditate) de factură psihastenică. Acel egoism al psihastenicului din economie de energie nu este de confundat cu narcisismul mai sus amintit);

9. ca simplu simptom de șoc, mai ales la șocul la întuneric/obscur, deci la simptomul unei stupori parțiale;

10. ca simptom a unei tulburări de ecforie fizioologică la oboseală, eventual în legătură cu o perseverație ocazională la cei relativ neoriginali; (portarul obosit care spune "chestia asta era aici!")

11. În așa-numita lene, adică în stări de indolență de etiologie necunoscută;

b) *Răspunsurile kinestezice* reprezintă în primul rând bogăția experienței interne, rezonanța interioară. Majoritatea K-urilor le dau, paradoxal, oamenii mai puțin motrici, dinamici, ci oameni *liniștiți*, stabilizați motric, "oameni interiorizați" spune RORSCHACH. Așa cum motricitatea manifestă se opune vieții în visare (FREUD), tot așa *mișcarea inhibată* favorizează producția de K, în timp ce motricitatea manifestă mai degrabă o împiedică.[1]

1 Probabil că relația dintre motricitate și tendința spre K e mai puțin "lineară" decât și-a imaginat-o RORSCHACH. Așa cum a constatat G. MEILI-DWORETZKI la elevii unei școli de dans și WERNER FRIEDMANN la sportivi și dansatori, acești talentați motric dau în medie deosebit de multe K-uri și au un TRI preponderent introversiv.

De asemenea, viața imaginativă a oamenilor introvertiți este mai puțin vizuală fiind trăită mai degrabă motric. Cercetările lui WITKIN și colaboratorii săi au dus la o corelație ridicată între sarcina „the body awareness" și variabilele interviului introspectiv. Se manifestă o corelație pozitivă între capacitatea „de-a rămâne independent de câmp și a fi conștient de propriului corp" și o grupă de alte variabile introspective în testul RORSCHACH, la bărbați într-un grad mai mare decât la femei[1].

După sistemul lui E.R.JAENSCH oamenii cu multe răspunsuri K (și corespunzător puțini determinanți cromatici aparțin categoriei care integrează totul în interiorul lor. Sau cum se exprimă RORACHER "reprezentările vizuale care presupun un anume grad de coerență cu lumea exterioară sunt înlocuite cu conținuturi motrice și dinamice"[2].

Din motive pe care explicația teoretică de până acum nu a reușit să le elucideze K are legătură cu *forțele creative* ale personalității, precum și cu *trăirea religioasă*. K sunt semnele generale ale productivității. Această corelație dintre K și productivitate este empiric stabilită. Poetul filosof WALTHER RATHENAU a văzut această corelație între viața interioară și forța de creație cănd a spus: "Visele concentrate prin voință și înlănțuite de pământ: acesta e secretul oricărei producții" (Din lucrurile ce vor veni").

O consecință a caracterului introvert a lui K este după cum zice PIOTROWSKI, sentimentul *de a nu fi iubit*, ducând la înmulțirea K[3]. GK+ și interpretările H au fost găsite la copii puțin mai înainte s-au confruntat cu moartea. (A.FRIEDMAN, A.WEBER)[4]

PIOTROWSKI consideră că numărul de K are o mare importanță, la fel ca și trebuințele de siguranță, în ceea ce privește anticiparea viitorului.

In cadrul acestei vieți interioare creatoare se deosebesc la rândul lor două tendințe: Una spre o fantezie accentuat realistă, care în cele din urmă este îndreptată spre modificarea lumii exterioare și una străină de realitate care tinde spre fuga de lume.

Conchidem împreună cu MEILI–DWORETZKI: „introversivitatea lui RORSCHACH ar fi pentru noi tendința ca Eul să se instaleze în situații, acțiuni, roluri imaginate, reprezentate, iar energia psihică nu este utilizată preponderent pentru adaptare la realitatea exterioară și prelucrarea ei ci pentru a trăii în lumea imaginară proprie. Această tendință poate duce la simpla fantasmare și reverie, dar poate de asemenea, legată de adaptarea la realitate, să ducă la actualizări, realizări creative". Aici este vorba în primul rând de TRI și în al doilea rând de sindromul realității (Vezi capitolul despre inteligență).

Cele două tipuri de viață interioară sunt reprezentate de tipurile de kinestezie. *Kinesteziile de extensie* presupun tendința ce are legătură cu contactul cu lumea (tandru-cooperativ sau dușmănos-agresiv), iar *kinesteziile de flexie* au legătură cu tendința de a *fugi de lume*. Aceste postúri (atitudini) corespund celor pe care antropologii le numesc atitudini calde sau reci: Ambientul va atinge cea mai mare parte posibilă, respectiv cea mai mică parte

1 H.A. WITKIN et all, Psychological differentiation, Studies of Development, New York, 1962, p212
2 HUBERT RORACHER, Kleine Einfuhrung in die Charakterkunde, Leipzig, 1934, p.64
3 ZYGMUNT PIOTROWSKI, A Rorschach Compendium –Revised and enlarged, p. 26/27
4 Apud ROLAND KUHN, Grundlegende Statistische und psychologische Aspekte des Rorschac'schen Formdeutversuches, Rorschachiana I, vol 1, 1952, p.327

posibilă a corpului. Simbolul primei atitudini e deschiderea la toată lumea, expunerea, a celui de-al doilea, ariciul înfășurat în sine. Kinesteziile de flexie cresc odată cu vârsta.

Rarele *K* – (minus) apar foarte rar la normali. La epileptici și maniacali sunt foarte frecvente. Apar și în sindromul Korsakoff și la schizofreni. Sunt semne ale unei productivități care a sărit limitele controlului realității. Valoarea simptomatică este asemănătoare cu cea a confabulației. La nevrotici ocazionalele K - cuprind caracteristici complexuale în conținutul lor. NANCY BRATT dă o definiție psihologică pentru K- când spune: „dorințe, percepții, închipuiri pertinente și gânduri cuprind individul, limita dintre eu și ceilalți devenind imprecisă…"

F-K confabulate și K secundare (*Ksec.)* sunt de asemenea principial patologice. F-K se regăsesc în stări de delir, la debili sau la schizofreni (precum într-unul din exemplele noastre). K sec., mult mai frecvente se regăsesc la epileptici și ocazional la caracterele ixotime înrudite cu primii. După RORSCHACH ar apărea și la maniacali, la cei din urmă însă sunt mult mai greu de constatat din pricina rapidității constituirii lor.

Kmic. Au o legătură deosebită cu „*cheful de a fabula*". Ele nu par însă să și aibă originea, precum celelalte K-uri din "nucleul" personalității (vezi mai sus deosebirea făcută de MEILI-DWORETZKI). Și ele sunt, ca și K, expresie a unei dotări creative, au însă o semnificație mai specifică. În afara paranoizilor și la bolnavii de Korsakoff confabulatori vivaci, le găsim și la normali, în principal la cei dotați artistic, plastic sau literar, iar după ZULLIGER și la cei dotați pedagogic (bunii povestitori).

c) Din răspunsurile cromatice (culoare) de o anumită categorie putem citi afectivitatea subiectului. Intrucât aceasta, dată fiind importanța, este tratată într-un capitol separat vom da mai jos doar câteva cuvinte cheie:

α. FC+ sunt expresia sentimentelor care țin cont de Obiect și stau sub anume control rațional. Ele au valoare generală de sănătate mentală. Au două valori simptomatice, semnifică în primul rând contactul afectiv, " capacitatea de raportare", legătura cu Obiectul, adaptarea sentimentelor la situațiile și interesele Obiectului iar în al doilea rând semnifică controlul înțelegerii raționale, în limite rezonabile, pe care sentimentele îl țin oarecum limitat, sau frânele în sensul autocontrolului.

RENE A. SPITZ afirmă: "Capacitatea de-a gândi obligă la ordonarea instinctelor, pe baza cărora se constituie acțiunile intenționale"[1]

FC- îl regăsim la oameni care tind spre adaptare dar datorită carenței intelectuale nu reușesc. Această categorie de răspunsuri ne confirmă ca nu doar afectivitatea influențează gândirea ci și gândirea influențează afectivitatea.

Pentru interpretări gri, negre, albe vezi capitolul 6 (la "albul și negrul ca valori cromatice).

β. CF este un indicator al afectivității labile, care tinde încă spre contact, care însă, din pricina slabului control intelectual, nu a reușit să stabilească aceasta decât parțial sau instabil. Pulsiunile libidinale se află într-un stadiu, pe care RUDOLPH BRUN îl denumește

1 RENE SPITZ, Vom Seugling zu den Kleinen Kind, Stuttgart, 1967, p.188.

căutare de stimuli[1]. Factorii hormonali duc la o neliniște hormonală, „ aparatul de orientare cerebrospinal” fiind pus în funcțiune, dar Obiectul încă nu e găsit. Dacă găsirea obiectului nu este obținută încă fiziologic, precum la pubertate (căutare primară) sau apar dificultăți nevrotice (căutare secundară), dacă neliniștea afectivă este de origine organică sau nu, acest lucru nu se poate afla doar din această categorie de răspunsuri. Această neliniște a căutării de stimuli este o conduită de apetență, în sensul lui LORENZ[2], o stare de încordare, care ne împinge la satisfacerea trebuinței instinctuale care persistă până aceasta este posibilă. În psihopatologia umană poate apărea o astfel de stare, ca stare durabilă: În cazul inadaptării nevrotice putem vorbi de acest paradox al „provizoratului permanent“.

ZULLIGER observă că GCF și Gim CF sunt date de oameni care au o legătură maternală orală foarte puternică.

χ. C-urile pure reprezintă descărcătura afectivă pură, impulsivitatea, care folosește doar eșapării afective și nu mai pune problema adaptării. În sens strict C-urile sunt doar expresia impulsului de-a face astfel de descărcări. În ce măsură aceasta se produce depinde de alți factori.

δ. KC se găsește doar la persoanele foarte dotate intelectual, la artiști, dar și la schizofreni, uneori.

ε. Valorile simptomatice a lui KF, precum și răspunsurile cifră și poziție sunt tratate, din motive practice, în cap. 6.

3. Conținutul

Conținutul răspunsurilor reflectă de obicei „orizontul” subiectului, eventual dă indicații despre interese deosebite (vezi ex. nostru nr 2). Astfel și categoriilor le revine o anumită semnificație.

Numărul răspunsurilor umane (H) este un punct de sprijin privind rolurile sociale și interesele umane care au o semnificație în viața subiectului. (vezi capitolul 9.)

Categoria A (animale) este categoria cea mai mare, pentru că animalele sunt cel mai ușor de interpretat, parțial din simetria planșelor și din cauza formei petelor din figură. Ele reprezintă în cel cel mai adecvat mod măsura *stereotipia*, în termeni populari, plictiseala subiectului (mai detaliat în capitolul următor, “calcularea”).

Dacă în conținut se regăsesc multe animale mici în conținut (insecte, păianjeni, etc.) înseamnă ca și în cazul animalelor „zdrobite”, după experiența lui ZULLIGER că ar fi vorba de relații tensiunate cu frații[3], răspunsuri complexuale sadice (vezi și cap 11, B, III, răspunsurile complexuale). Interpretările anatomice, dacă apar la cei ce nu sunt medici, au legătură cu „*complexul de inteligență*”, definit de către EUGEN BLEULER[4] ca trebuința

1 RUDOLF BRUN, Die Reizorientierung bei Ameisen, Jena 1914

2 K. LORENZ, Uber der Begriff der Instinkthandlung, Folia Biotheoretica, II, 1937, apud DAVID KATZ, Mensch und Tier, Zurich, 1948

3 HANS ZULLIGER, Der Tafeln Test, Bern, 1954, p. 77

4 EUGEN BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 1937, p.412

unor oameni „de-a încearca să arate că nu sunt atât de proști”, ca o compensare a unui sentiment (justificat sau nu) de insuficiență intelectuală. Acesta are o oarecare legătură și cu *tendințele hipocondriace* (RORSCHACH) regăsindu-se într-o schemă corporală narcisistă, alături de o succesiune inversată(ZULLIGER, Tafen Z Test, p. 201), și se găsesc în cazurile de “posesiune narcisistă a schemei corporale”.[1]. Chiar și la medici sau asistente, interpretările anatomice *proaste* când sunt numeroase, sunt semne ale tendințelor nevrotico-hipocondriace, un fel de orig.- al domeniului. Anat forme bune la experți, nu au evident această semnificație (despre stereotipia anatomică vezi cap. 6).. O cercetare a lui BRUHN[2] în Finlanda arată că răspunsurile anat. sunt date de pesimiști, pesimismul fiind o regulă a depresiei în urma speranțelor nerealizate.

Interpretările sexuale, când sunt date în număr mare, subliniază o conduită nevrotică forțată, și este nemijlocit edificatoare. Este libertatea celor ce își simt lanțurile. Ele sunt văzute atunci, mai ales unde nu sunt, adică în calitate de forme proaste. În număr mic, ca forme bune, ele sunt, dimpotrivă, normale, unele dintre planșe (II, IV, VI, VII și IX) presupunând figuri care sunt imagini asemănătoare unor părți genitale. Atunci când nu apar deloc aceste răspunsuri, este vorba fie de decență (la oameni cu morală victoriană sau religioasă strictă), fie de inhibiție nevrotică, sau eventual despre o inhibare a subiectului privind unele probleme sau componente sexuale. Înhibiția nevrotică se manifestă fie prin răspunsuri sexuale simbolice acoperite sau ascunse (ex. „bazin de femeie”) sau prin stupor la simbolurile sexuale (vezi cap.6).

RORSCHACH (p. 176) susține că a primit foarte multe răspunsuri legate de *plante* de la copii de 6-7 ani (ca si la demenții senil). Aceasta corespunde cu datele obținute la testul mozaic în care fetele în prepubertate construiau cu predilecție flori. Răspunsurile „frunză” sau „copac”, ca G la planșa IV sau VI au fost observate de către PIOTROWSKI[3] cel mai des la copii între 4 și 6 ani. La adulți sunt un semn de infantilism și de gândire superficială. Interpretările legate de plante fie că sunt fructe sau alte plante comestibile, care nu sunt răspunsuri-culoare, au legătură cu problemele sexuale.[4]

Obiectele arată interese tehnice speciale sau de lucru manual împreună cu interpretările arhitectură, ornamente sau artă, oferind o imagine de bună cultură generală a subiectului. Copiii au după LOEPFE o tendință să interpreteze multe obiecte, iar la adulții cu profesii non-tehnice acestă multitudine de interpretări de obiecte ar putea sugera infantilismul. Datorită relației cu analul, RORSCHACH a găsit un număr mare de obiecte la maniaco-depresivi și ulterior la schizofreni și la epilepticii oligofreni. Când obiectele depășesc 20% din toate răspunsurile, se poate vorbi despre o carență de interese spirituale productive[5].

---

1 M. MEIER-SCHONBERGER und J.SILBERPFENNIG, Der Rorschac’scer Formdeutversuch als Hilfmittel zum Verstandnis der Psychologie Hirnkranker. Schweiz.Archiv f. Neur. und Psychiatrie, Vol.40, 1037,,p.325/326

2 KARL BRUN, Bläckfläcksförsök med barn och ungdom, Helsingfors, 1953, p.64

3 ZYGMUNT A.PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.354

4 ZYGMUNT A.PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.347

5 ZIGMUNT PPIOTROWSKI, op. cit,p.347

ZULLIGER[1] ne atrage atenția, că interpretările ce au legătură cu îmbrăcămintea, la bărbați sugerează îngâmfarea, aroganța. Ori respectivul va pune accent prea mare, sau încearcă să pară un boem ostentativ. În orice caz acești oameni doresc să fie plăcuți prin exteriorul lor și să se deosebească de restul. Și PIOTROWSKI[2] privește interpretările despre îmbrăcăminte la bărbați ca un indiciu a unei negări de identitate sexuală, într-un mod pasiv, fiind un semn al unei oarecare feminități.

Răspunsurile *arhitectură*, când sunt în număr mare, sau când (fără să fie prea multe) apar ca răspunsuri de perspectivă, sunt un indiciu a unei nesiguranțe interioare pe care subiectul încearcă să o compenseze. Cunoaștem asta din istorie, unde anumiți cezari și frunți încoronate (Caligula, Ludwig al II-lea de Bavaria, Wilhelm al II-lea, Hitler, Ceaușescu, Kim Ir Sen, nu s-au putut abține de-a construi.

Interpretările *geografie* sau *hărți* sunt ori răspunsuri de genul „insule, țări" fără nume, sau semne ale unei ambiții școlărești cantitative de natură improprie; acești oameni, chiar și ca adulți mai au ceva din trăsăturile „școlarului cuminte". Dacă fac însă o impresie forțată (părți ale unor țări exotice), pot fi alăturate răspunsurilor anat legate de complexul de inteligență. În cazul psihopaților egolatri, cu nevoia de recunoaștere acest tip de răspunsuri nu sunt deloc rare.

Un rol important îl au interpretările de *sânge*, care au fost studiate de KÜNZLER[3], fiind relativ rare. Doar 10% dintre cei sănătoși și aprox. 1/6 dintre pacienții bolnavi psihic dau interpretări de sânge. KÜNZLER susține că interpretările privind sângele sunt de cele mai multe ori forțate, decât spontane?. Copiii dau destul de multe interpretări de acest gen (până la 20%), ele fiind însă în relație cu evenimente întâmplătoare. Aprox. 20% dintre schizofreni și epileptici dau interpretări de sânge. Un protocol cu 3 interpretări de acest gen este „foarte suspect", iar unul cu mai multe interpretări este deja patologic (KÜNZLER). Deoarece interpretările de sânge pot apărea nu doar în cazul subiecților normali ci și în cazul diferitelor categorii de pacienți, ele nu sunt un criteriu diagnostic în sine. Chiar și formularea verbală este de importanță majoră. Aceste interpretări au legătură cu sentimentele de teamă și de vinovăție.

De asemenea, interpretările-*sigle/steme* au atras atenția. R. M. LINDER[4] crede că aceste răspunsuri sugerează o ambiție pusă în aplicare sub forma unor "fapte mari" și o căutare a recunoașterii/aprecierii. După NEIGER[5] aceste interpretări la planșa 1, poziția-c, sunt semne ale unui orgoliu de descendență/ filiație.

Alte conținuturi sunt deosebit de interesante datorită *relații complexuale*, de exemplu: peșteri, explozii, foc și răspunsuri privind mâncarea (șuncă, carne de vită, pui, prăjitură), la

---

1 HANS ZULLIGER, Consilierea carierei pe baza unui Test-Z și a testelor RORSCHACH, Elveția, Rev. Ed. 19, 1960, p.341

2 ZIGMUNT PIOTROWSKi, Op. cit p.346

3 WERNER KUNZLER, Uber blutdeutungen in Rorschach'scher Formdeutversuch, Bern, 1963

4 R.M.LINDER, Analysis of RORSCHACH Test by Content. J.Clin. Psych, Vol.8, 1947, apud ZYGMUNT A.PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.347

5 FERENC MEREI, Der Reizkharakter der Rorschach Tafeln, tradus și prelucrat de STEFAN NEIGER, Innsbruck, 1953, p.6

fel ca și lucrurile alcoolice (bărbați ciocnind, bând, sticle de vin ,șampanie, etc.), sugerând oralitate pregnantă. Dacă privind mâncarea există o oarecare reținere, așa cum reiese dintr-un studiu american, oamenii flămânzi dau mai multe răspunsuri alimentare decât cei sătui (comunicare prin scrisoare a prof. OLOV GÄRDENBRING, Salt Lake City). În cazul copiilor mici răspunsurile privind mâncarea sunt foarte frecvente (BECK[1]).

Interpretările *pars-pro-toto* a copiilor după observațiile lui ZULLIGER) semnifică frecvent animale întregi, vazînd doar capetele. Și la adulții infantili sau confabulatori poate fi regăsită această categorie de răspunsuri.

Mai poate fi menționată observația lui VAN LENNEP[2] la testul For pictures. Contrastele din conținutul acestui test reflectă probleme conștiente și sunt mai frecvente la subiecții normali decât la cei patologici. Acești subiecți reflectă tendința spre narcisism.

4. Originalitatea

a) *Răspunsurile banale* constituie un indicator de grad al contactului intelectual, relevând “participarea la modul de înțelegere și percepere a colectivității” , sau capacitatea “de a se înțelege cu omul din popor”, aspecte ce vor fi discutate în capitolul 9.

b) *Răspunsurile originale*, îndeosebi cele cu *originalitate a motivului*, sunt un indicator pentru *originalitatea creativității*, fiind des întâlnite la cei cu aptitudini artistice. Ele reflectă o imagine bună a *direcțiilor de interes* și a *culturii generale* ale subiectului. La cei simpli predomină *originalele de domeniu*/profesionale, în timp ce la originalele celor multilateral educați are originale din diferite domenii. Sunt rare originalitățile de domeniu/ profesionale de tip Orig - și semnalează aproape întotdeauna o poziție nevrotică în raport cu meseriile sau conflicte în profesie.

Originalele animaliere orig+ sunt foarte rare și sugerează aproape de fiecare dată dragostea pentru animale, sau o observare atentă a acestora.

Originalele de prelucrare semnifică în general existența unei dotări literare, sau talent epistolar.

Originalele de percepere au fost studiate foarte puțin, una dintre valorile simptomatice pozitive ale acestora fiind *labilitatea structurală* a gândirii. În mod negativ (nu doar cele legate de contopirea formă – fundal) par a fi legate de o oarecare diminuare a simțului realității (perceperea obișnuită e o percepere de lucruri). Este cu atât mai probabil cu cât apar mai frecvent orig.% și mai puține Ban%.

Originalele de percepere proaste le găsim astfel în tulburări de control ale realității de natură nevortică, organică și schizofrenice. Subliniem că dacă Orig.- sunt de calități diferite ele sunt toate forme slabe, fiind regăsite la nevrotici și oligofreni, iar forme “oribile”, bizare și neinteligibile, la schizofrenici și organici. Un diagnostic pur formal la orig.- poate duce la confuzii și diagnostice greșite.

1 SAMUEL J. BECK, Rorschach’s Test, II, p. 221

2 VAN LENNEP, Projecţion und Personlickeit, în : v. BRACKEN şi DAVID, Perspektiven der Personlichkeits-theorie, Bern,1959, p.214, 216

Mai trebuie menționat că frații dau adesea aceleași răspunsuri originale, după cum susține MANFRED BLEULER[1], mai ales la gemeni. Astfel două gemene au dat același răspuns original " carcasa semințelor unui măr" la partea inferioară a figurii intermaculare la pl. IX. Aceeași manifestare am întâlnit-o ocazional în cazul cuplurilor căsătorite. O cercetare sistematică ar putea aduce materiale interesante, pentru ipoteza genotropismului lui SZONDI.

c) Răspunsurile individuale au aceleași valori simptomatice ca și răspunsurile originale.

B. Interpretările umbrire/nuanțare şi cele clarobscure ale lui BINDER

O întreagă categorie de determinanți a fost sărită până acum fiindcă marcarea lor este oarecum dincolo de cadrul formulei clasice, astăzi fiind vorba de principii de împărțire care nu au fost stabilite de RORSCHACH, ci de către BINDER după moartea acestuia.

Acest lucru nu înseamnă că RORSCHACH nu a cunoscut această categorie. A cunoscut-o și i-a atribuit corect și valorile simptomatice fundamentale Ne referim la domeniul interpretărilor umbrire/ nuanțare și cele clarobscure, pe care RORSCHACH le nota ca fiind o categorie comună, marcată cu F(C) (p.184/185, 188, 193/94 și 199/200). El diferenția răspunsurile F(C) și cele (C)F după precizia mai mare sau mai mică a elementelor formale[2]. El le-a dat valoarea simptomatică de "adaptare afectivă anxios-precaută de tip neliber" și "o înclinație spre dispoziție fundamentală depresivă"(p193). El a constatat că la aceste răspunsuri este frecvent accentuată perspectiva și că unele dintre ele au tendința de a se îmbina cu figurile intermaculare.

BINDER, care s-a dedicat acestui studiu cuprinzător[3], face o diferențiere principială între *(C)* (*interpretări de umbrire/nuanțare*) și *Clob* (*interpretări de clarobscur*). Astfel va fi îngustat semnificativ domeniul F(C), fiindcă așa cum BINDER însuși precizează, această notare "devine mai exactă și precisă". De aceea este necesară în publicații precizarea, dacă formula F(C) este folosită în sensul vechi, originar, a lui RORSCHACH sau ce nou, a lui BINDER.

Semnul F(C) a fost folosit și de către OBERHOLZER și colaboratorii[4]. Cel mai simplu este să se folosească în continuare notarea originară F(C) și de asemenea subîmparțirea lui BINDER. (vezi cap.5)

Există și alte subîmpărțiri ale acestei grupe de ex. cea a lui KLOPFER și KELLY. În timp ce împărțirea lui BINDER păstrează organic spiritul testului, cea a lui KLOPFER și KELLY se bazează pe principii obiectuale (Suprafață, adâncime, etc.), iar esența psihologică

1 MANFRED BLEULER, Der Rorschach'sche Formdeutversuch bei Geschwistern, Zeitschr. f. Neurologie, Vol.118, 1929,p.366-398

2 HANS ZULLIGER, Eifuhrung in den Behn-Rorschach Test,Bern, 1941, p.65

3 HANS BINDER, Die Heldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach, Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psychiatrie, Vol 30, p. 1-7 și 233-286

4 În CORA DU BOIS, The people of Alor, Minneapolis, 1944

va fi estompată. De altfel această împarţire este amestecată cu criteriului tridimensionalităţii care trebuie tratată mai degrabă individual (vezi cap. 6 la răspunsuri de perspectivă şi EQa). Aici răspunsurile tridimensionale sunt, în funcţie de conţinut, concomitent răspunsuri umbrire, dar şi clar-obscure ceea ce produce confuzie. De aceea amestecul acestor două categorii este de preferat a fi evitat. Aşadar ne vom ghida după principiile lui BINDER, pentru a schiţa valorile lor simptomatice.

I. Delimitarea interpretărilor clarobscure

Întregul domeniu al interpretărilor de umbrire şi clarobscure trebuie delimitat de diverse alte cazuri limită care nu cad în această categorie şi anume:

1. “interpretări albe”, ale lui BINDER, el făcând aici încă o diferenţiere:

a) interpretări albe primare, de ex. figura intermaculară la planşa IX ca: „om de zăpadă” care vor fi cotate ca Dim FC+(aici Dim FC+ Obj Orig+) şi

b) accentuarea albă secundară, ca de ex.: „abajur alb de porţelan” (fig. Intermaculară la planşa II), sau „cerb alb”(intre albastru şi gri la planşa VIII), aceste răspunsuri fiind notate cu Dim F+.

2. Detalii care nu vor fi interpretate nicidecum după caracterul clarobscur ci doar după conturul umbrei, după cuvintele lui BINDER „interpretări în care linia de delimitare dintre umbre mai întunecate şi mai luminoase vor fi luate ca element de formă, unde însă valoarea luminozităţii acestor umbre nu are nici un rol în interpretare”, de ex. cizma neagră din planşa IV în poziţia c va fi interpretată ca “peninsula Jutlanda”. Acestea sunt răspunsuri formă pură.

3. Interpretările cu accentuare secundară a întunecimii, de ex.bărbaţii din planşa III au ţinute negre, liliacul din planşa V are o culoare închisă , toate acestea fiind răspunsuri formă pură eventual se poate marca intervenţia factorul clarobscur cu semnul FClob → F+.

4. Interpretările clarobscure intelectuale ale lui BINDER, adică răspunsuri care în contrast cu conduita naivă, prelucrează intelectual tocmai momentul clar-obscur, la care reacţia omului mediu este în general sentimental/emoţională, în timp ce elementul formal, obiectul însuşi al prelucrării intelectuale este complet ignorat, neglijat.

BINDER desemnează 3 subcategorii ale interpretărilor clar-obscure intelectuale:

a) „*denumirile clar-obscure*”, (care aproape că se suprapun cu descrierile clar-obscure (vezi capitolul 6), de ex. “impresia mai multor umbre”, sau “ ca în tehnica desenului în cărbune”. Aici este cel mai indicat să nu se marcheze cu nici o formulă, ci să se noteze observaţia ca descriere (vezi cap. 6). Însă la un răspuns precum “Aici e ca un raster, reţea, ceva” va fi marcat, de obicei Dd F-

b) „*reminiscenele ştiinţifice*”, ca de exemplu „nori în amestecul a 2 substanţe chimice”, sau “stratificaţii de infuzori la microscop”.

c) *descrieri de simbolistică clarobscură*, de ex. la planşa I: “insulele luminoase ale norocului (figură intermaculară) în mările întunecate ale nenorocului”, sau la planşa II „Elveţia (intermacular) ca simbol alb al nevinovăţiei şi întunecat în jur statele războinice”.

Răspunsurile ultimelor 2 subgrupe pot fi marcate ca răspunsuri clarobscure (ClobF de ex.), dar vor trebui specificate la cotare exact ca și denumirile de culori.

II. Împărțirea interpretărilor clarobscure

(În lipsa unei denumiri care să cuprindă ambele categorii, răspunsurile de umbrire și cele de clarobscur vom face precum BINDER numindu-le Interpretări "clarobscure" când vom desemna ambele grupe)

BINDER face o delimitare între cele 2 grupe principale, interpretări de umbrire/ nuanțare și clar-obscure.

1. *Interpretările (C) (de umbrire/nuanțare)* sunt de obicei D sau Dd. Ele sunt "caracterizate prin faptul că subiectul relevă fiecare umbră individuală din figura planșei, în primul rând pe baza formei, iar în al doilea rând pe baza luminozității". BINDER subliniază faptul că "în fiecare răspuns F(C) trebuie să fie interpretate mai multe umbre individuale, fiecare special pentru ea însăși. Aceste nuanțări sunt de luminozitate diferită în contextul petei și astfel delimitate unele de altele". Este foarte important să se aibă în vedere acest lucru pentru a nu se ajunge la confuzii sau erori.

Adesea aceste interpretări sunt văzute *în perspectivă*. Pot apărea combinații cu figuri intermaculare, unele de perspectivă, altele "obișnuite". Pentru că aceste combinații sunt văzute mereu în diferite umbre, trebuie folosit semnul DimF(C) sau DimDF(C), etc., întrucât ele aparțin de la sine subgrupei F(C) a lui BINDER. Doar în cazul interpretărilor de umbră negre sau gri se recomandă semnul F(C) scris de două ori una peste alta (vezi cap. 5). Exemple: planșa II: „strada din parc, în soare strălucitor (fig. intermac.) este înconjurată de sălcii (negru). Strada se îngustează, iar în depărtare va fi un drumuleț îngust (gri la vârfuri), care se află în umbră pentru că pe ambele părți sunt puse pietre. Drumul duce la o casă dintr-o grădină (vârf)". (redare prescurtată). DimF(C)+ persp. Nat.

Planșa VI. Prelungire: „Arteziene, triton din marmură neagră, apa curge (gri și negru), în spate curent de apă din marmura noroasă și luminoasă, cu revărsări rare de apă (vârfuri de aripi)"D F(C)+ Arch. orig.+

Planșa II. Vârf negru: „Un brăduț, trunchiul este luminos de la câmpia din spate, iar deasupra coroana cu dungi întunecoase a crengilor" D F(C)+ Pl. orig.+

Interpretările umbrire pot apărea și la planșele colorate, ca în exemplul lui RORSCHACH (p. 186): „plajă tipică norvegiană" cu umbriri și munți pe marginea mediană a maroului din planșa IX, Dd F(C)+ geogr. orig.+. După ZULLIGER și FRIEDMAN aceste răspunsuri pot fi marcate cu FClob.

2. Interpretările Clob sunt de obicei G sau D mai mari. Ele se caracterizează prin faptul că nu apare nici o nuanțare ci „întreaga planșă dă o impresie generală de clarobscur" (p. 28). BINDER împarte răspunsurile clar-obscure, facând analogie cu răspunsurile-culoare:

a) *FClob+ sau FClob-* sunt răspunsuri la care forma explicită poate fi percepută în timp ce impresia clarobscură are un rol secundar. Dacă forma este bună, este vorba despre un FClob+iar dacă nu, atunci e vorba despre un FClob-. Exemple: (pl.IV: "Sperietoare

de ciori cu pânză neagră atârnând", Gfclob+ obj orig+,;Pl. VI în poziția b sau d, jumătatea superioară „silueta unei ruine a unei cetăți pe o stâncă", DFClob+ Nat orig.+; Pl. II, negru: „cioară mare zburătoare" (lat=aripi, vârful=cap), D FClob- A orig.-

„Blana animalelor" a planșei IV și VI este FClob+ foarte rar. Aproape mereu F+ este cel corect; Dacă textura blanii e subliniată este vorba despre FClob+, de altfel, în cazuri rare, când subiectul observă explicit că colțurile blănii ar fi întors (planșa VI, partea deschisă din "cizmă")

b) *Răspunsurile ClobF* la care impresia imprecisă de clarobscur este primară în tmp ce conturul formei este perceput vag și neclar, de ex: Exemple: Pl. VII: "Nori de furtună", G ClobF nori; Pl IV: Radiografie a unui animal", G ClobF A (eventual Anat); Pl. V: „Povârnișuri de munte întunecate împădurite, așa un lanț de munți", G ClobF Nat Orig-. planșa VII „nori de furtună" ,G ClobF nori, planșa IV „radiografia unui animal", G ClobF A (eventual anat.), planșa V : „deal cu pădure întunecoasă", G ClobF Nat orig-

Norii și radiografiile sunt aproape întotdeauna ClobF. Radiografiile pot fi FClob+ doar atunci când se face o afirmație exactă, de ex. un specialist poate descrie exact radiografia unor formele precise ale unor oase. Acest lucru se întâmplă foarte rar.

Și *hărțile* văzute din zborul păsării, de la altitudine, sunt de obicei ClobF. Ele sunt FClob doar atunci când se menționează o anume parte detașată (relief); Aceasta se întâmplă însă rar pentru că ele sunt descrise doar ca F.

c) *Răspunsurile Clob pur* la care momentul formă lipsește, ramân doar cu impresia clarobscură difuză, pură. Exemple: planșa IV „dispoziție de furtună", G Clob N orig.-; planșa I, partea dreaptă „jocul valurilor", D Clob Nat orig.-.

Un rol important îl au interpretările Clob, pe care BINDER le numea interpretări Clob simple. Ele au o legătură strânsă cu F- imprecis. Conținutul acestor răspunsuri presupun obiecte, care nici în realitate nu au o formă distinctă, clară, precisă. BINDER dă următoarele exemple: planșa I: "chihlimbar", G ClobF Nat orig-; „mlăștiniș cu găuri", DimG ClobF Nat orig-; planșa IV: "zgură sau cristale", G FClob orig- Nat; planșa VI: "Stânci sau o grămadă de sfărâmături",G Fclof- Nat, sau " o marfă putrezită stricată", G ClobF Obj Orig-; planșa VII: "viețuitoare slinoase din mare", G FClob-T orig.-. Ca răspuns tipic acestui gen ar fi „zăpadă murdară" la planșa VII, sau „mizerie stropită pe stradă" la planșa VI.

Unele interpretări Clob stau la limita dintre interpretările negre și gri. Clob obișnuite dau expresiei ceva obiectiv, substanțial. Elementul Clob este culoarea de suprafață. Răspunsurile cromatice sunt de exemplu: "o insulă cu munți, colorarea și umbrele fiind pregnante". Aici se recomandă semnul CClob a lui ZULLIGER și Friedemann.

În ambele cazuri se acordă un punct pe partea cromatică a TRI, elementului C[1].

În final menționăm interpretările rare KClob care într-o anumită privință sunt o paralelă cu interpretările KC. Exemple: negrul în cizma din planșa IV în poziția C: "două femei grăbite cu șaluri negre", Dd KFClob+ H orig.+. Interpretările la testul-Z, planșa III „mătură de coșar" este considerat de ZULLIGER un KC, și nu un KClob[2].

1 HANS ZULLIGER, Angst in der Spiegelung des Tafeln Z Test, Zeitschr. f.diagn. Psych.,II, 1954,p.59

2 HANS ZULLIGER, Die Angst im Formdeutversuch nach Dr Rorschach, Zeitschr.f. psychoanalitische Pedagogik, Vol VII,1933, p.126-136

Răspunsurile K CClob apar ocazional, de exemplu „doi oameni înnotând în veșminte cu glugă”, la maroul din planșa II al testului-z din poziția c. Și aceste răspunsuri apar (ca și KC) la oameni dotați artistic. Cu aceasta mergem mai departe la următorul paragrf

III. Valorile simptomatice ale interpretărilor clarobscure

În acest caz sunt valabile aceleași rigori și rețineri ca și în cazul valorilor simptomatice ale elementelor formulei clasice: oferim doar cuvinte-cheie teoretice, nu “interpretări”.

BINDER constată, că valorile *cromatice*, cele ale culorilor, acționează asupra *emoțiilor/ sentimentelor individuale periferice*, în timp ce valorile de *clarobscur* asupra *sentimentelor reactive centrale, dispozițiile*. Așa cum scria HANS CHRISTOFFEL[1] în publicația aniversară a lui EUGEN BLEULER, viziunile incolore clarobscure sau în alb-negru sunt deosebit de tipice stărilor de anxietate, iar, între negru și masculin și alb și feminin există o relație constantă. (Aceasta este desigur valabilă doar pentru cultura noastră vestică, nu și pentru est, așa cum reiese din simbolul Taoist de Yin și Yang, unde alb este simbolul masculin al lui Yang, iar negrul, simbolul feminin al lui Yin). Pornind de la aceste premise, BINDER a găsit următoarele valori simptomatice pentru categoriile de răspunsuri diferite:

1. *interpretările de umbrire* vorbesc întotdeauna de predominanța intelectului, în rest fiind vorba despre *capacitatea specifică și nuanțată a afectelor*, alături de FC (p. 38).

Această sensibilitate nuanțată a F(C) se va cota diferit în funcție de TRI (vezi cap. 5). La predominanții extratensivi (vorbim de tipulsinistrocolor, adică cei cu multe FC), este un plus faptul că *trairea intimă empatică de finețe* se îmbunătățește (altfel la tipul dextrocolor; mai detaliat vezi la schizoizi, cap 12). La introverți răspunsurile F(C) înseamnă *susceptibilitate*. Ele aduc celor cu un contact deja sărac o trăsătură de vulnerabilitate și nesiguranță. Ceea ce la extraverți poate însemna putere, la introverți devine slăbiciune. F(C) este partea vulnerabilă a introverților.

Valoarea simptomatică mai exactă a interpretărilor de umbră reflectă după BINDER un gen de nuanțare. Dintr-un *caracter depresiv-anxios*, înclinat spre prevedere, se dezvoltă *caracterul întunecat* al umbrelor, în timp ce la un caracter delicat–vesel, tandru și deschis, accentuează aspectele luminoase ale acestuia.

Interpretările de umbrire combinate cu figurile intermaculare, care conțin Dim F(C), așa cum releva RORSCHACH sunt indicii complexuale sub forma realizărilor de dorințe.

2. Interpretările *clarobscure* sunt expresii ale unor *dispoziții* centrale, în majoritatea lor de tip *disforic*.

a) *FClob+* se întâlnesc la un *bun control* a conștiinței reacțiilor dispoziționale (BINDER vorbește de control sofropsihic). Controlul vieții pulsionale și afective reușește prin alegerea exteriorizărilor, a exprimării și nu printr-o reprimare.

b) *FClob-* reflectă încă strădania spre autocontrol și adaptare care uneori nu reușește din cauza unei inteligențe nediferențiate (p. 44).

---

1 HANS CHRISTOFFEL, Affektivitat und Farben, speziell Angst Helldunkelerscheinungen, Zeitschr. f. Neur. und Psychiatrie, vol. 82,1923, p.46-52

c) *ClobF* arată, dimpotrivă, o tendință insuficientă spre stăpânirea reacțiilor instinctuale dispoziționale. La mai multe răspunsuri de acest gen trebuie să ne așteptăm la disforii.

d) *Clob pure* presupun o lipsă completă a forțelor formale ale controlului ce se opun reacțiilor dispoziționale instinctuale. În opinia lui ZULLIGER și SALOMON sunt semne ale limitării eului și duc la inhibarea inteligenței afective[1].

Când într-un protocol alături de Clob pure apar și C pure, deci disforiile și impulsivitatea apar alăturate, astfel, după ZULLIGER, se poate vorbi de un anume pericol de suicid, cu atât mai mult când eventual Dim sunt mărite la un TRI introversiv (agresivitate introiectată)[2].

Kclob arată, după ZULLIGER întotdeauna o predispoziție sporită spre anxietate care traduc adesea idei de persecuție[3].

Valorile simptomatice ale ClobC sunt controversate. Ele sunt date de oameni, care au tendință spre reacții depresive și se lasă pradă depresiei. Sunt mai degrabă de cotat negativ d.p.d.v. diagnostic și pronostic, cu alte cuvinte sunt semne ale slăbiciunii eului.

CClob sunt semne stenice și sunt date de oameni care încearcă să-și adapteze dispoziția și afectele[4]. În opinia lui PIOTROWSKI[5] CClob sunt dorințe afective, care au fost inhibate într-o fază anterioară, astfel ăncât individul nu știe dacă își dorește cu adevărat să se realizeze acea dorință.

S-a afirmat mai sus că ele pot arăta tendințele suicidare. Acest lucru este valabil mai degrabă în cazul pacienților spitalizați. În ceea ce privește populația este vorba despre semnul ce reprezintă o empatie nuanțată. Pentru valorile-simptomatice ale interpretărilor clar-obscure FRITZ SALOMON a emis ipoteze interesante[6], care reflectă o relația conflictuală. El pornește de la premisa că în Eul copilului mic se asociază întunericul cu tensiune și anxietate, iar luminozitatea cu starea de liniște. Astfel interpretările clar-obscure devin indicatori ai unor afecte negative. Interpretările Clob se referă la confuziile valorilor proprii în urma unei agresivități ce provine din Eu. Interpretările diagnostice privind clar-obscurul reflectă agresiunea intrapunitivă. Mecanisme de apărare precum refularea, formația reacțională și proiecția pot intra în discuție. De altfel este vorba de o fixație în faza orală cu nevoi narcisice și ambivalența sentimentală mare.

Interpretările Clob ale grupei K se regăsesc înainte sau după răspunsurile complexuale sexuale sau vor fi date în locul acestora. Ele apar la nevroticii depresivi și semnifică mai degrabă refulare decât izolare. La apariția mai multor ClobF într-un protocol, SALOMON vorbește despre o sensibilitate privind despărțirea, renunțarea.

Dupa SALOMON interpretările Clob exprimă „o relație cu introversia" și ridică astfel gradul de introversie prin TIR.

La interpretările de umbrire mecanismul de apărare care apare este izolarea.

---

1 FRITZ SALOMON, Ich Diagnostik im Zulliger Z Test, ed 2-a, Bern,1962, p70 și 82

2 HANS ZULLIGER, Der Tafeln Z Test, Bern, ed 2-a, 1954,p.125

3 HANS ZULLIGER, Psychodiagnostisches Praktikum fur Psychologen und Padagogen, Leipzig, 1936, p. 56

4 HANS ZULLIGER, Der Tafeln Z Test, p.62

5 ZIGMUNT A.PIOTROWSKI, Perceptanalisys, New York, 1957, p 228

6 STEPHEN A.APPELBAUM și PHILLIP HOLZMAN, The color-shading response and suicide, Journ. of Proj. Techniques, Vol 26, 1962, p.115-161

C. Ce este un răspuns?

O întrebare la care încă nu am găsit răspunsul este aceea privind *delimitarea răspunsurilor individuale*.

I. „Răspunsuri" care nu sunt răspunsuri

1. Faptul că observațiile, remarcile marginale de tip afectiv, apreciativ sau descriptiv (exclamații, critici, remarci de simetrie sau asemănare) *nu sunt răspunsur*i care pot obține o formulă ar trebui să fie un aspect evident. Din păcate experiența ne arată că nu e așa și de aceea o menționăm, cel puțin, aici. Nu dorim să ne împiedicăm aici de mari subtilități sofisticate. Detalii despre diferite categorii de remarci vor fi prezentate în cap 6.

Singurul lucru care presupune dificultăți este diferențierea între simpla observație marginală și denumirea de culoare. Această diferențiere presupune un spirit de finețe și empatie; se pune în discuție dacă cele spuse sunt răspunsul semnificat sau nu. „Acolo sunt multe culori" nu este un răspuns, ci o observație frecventă în urma șocului cromatic. Subiectul vrea pur și simplu să câștige timp și umple pauza cu o observție marginală. „Patru culori"poate fi încă considerată ca o descriere. De obicei aceste constatări sunt urmate de enumerarea unor culori, fiind în acest caz vorba de denumire de culoare (G C culoare). Cea mai simplă formă a denumirii de culoare ar fi „acesta este roșu" (D C culoare). Denumirea de culoare este un fenomen intermediar, între o simplă descriere și un răspuns.

Și „pete de cerneală" sunt răspunsuri obișnuite (ClobF sau CF). Și acolo unde subiectul explică *în loc de* răspuns: „aha, acum știu, acestea sunt pete de cerneală împăturate așa și apoi deschise din nou",etc. este vorba doar de descrieri.

2. O problemă puțin mai grea este ce anume sunt de fapt completările și ce anume este un *răspuns autonom*. Și acest lucru ține de experiență și intuiție. Când cineva interpreteaza bărbații din planșa III, completând răspunsul cu „ cap și picioare" nu este vorba de răspunsuri autonome. Subiectul crede că noi nu știm despre bărbați și incearca să ni-i arate. În cazul detalierii (MEREI), adică a enumerarii părților corpului oamenilor și animalelor interpretate, nu îi vor fi marcate ca răspunsurile noi[1]. Chiar și la răspunsul "Doi bărbați se salută; aici sunt pălăriile" sau "Doi chelneri poartă vas" este suficient un G. Cu totul astfel este la evidențierea unor componente, mai ales daca acestea apar mai târziu între alte răspunsuri. O astfel de evidențiere a unei componente interesante pentru subiect, este de preferat să fie notată ca și răspuns autonom. Dacă, după răspunsul: „doi cavaleri într-o poziție interesantă" după o perioadă de gândire, apare continuarea : „cară ceva, pare a fi un ceaun" atunci trebuie dată o noua formulă acestui răspuns.

---

1 Această detaliere remarcată de MEREI , când apare semnifică o inferioritate intelectuală (STEPHAN NEIGER, Introduction to the Rorschach Psychodiagnostic, PartII, Specific Reactions, Toronto, 1956, p. 339-349; ZULLIGER consideră că e semn de infantilism, Z-Test, Bern & Stuttgart 1966, p.87

Frecvent apare aceată problemă la planșa X când se dă răspunsul „animale de apă", „plante de apă", „pe fundul mării" sau „grădina de flori", acestea trebuie tratate ca răspunsuri independente, mai întâi un G, iar apoi mai multe răspunsuri D. Aceste exemple sunt FC, în timp ce G este CF.

II. Descompunerea răspunsului

Descompunerea răspunsurilor unitare implică dificultăți, fiind necesar ca răspunsurile complexe să fie descompuse în componente ce pot da o expresie formală. Contaminarea unui schizofren la planșa VIII „trezirea unui gândac colosal colorat în roșu și maro și albastru", RORSCHACH le împarte de exemplu: DG CF – abstr. Orig.- pentru întregul răspuns, trezirea pentru animalele roșii D K+ A, denumirea colorilor D C culoare.

O astfel de descompunere a răspunsurilor presupune mari dificultăți pentru începători, pentru că se pleacă gândind de la rezultat spre izvoare, de le consecințe spre ceea ce a fost semnificat separat, de unde pot reieși diferite posibilități de marcare. Principiul după care se merge nu este foarte greu așa cum e aplicarea lui practică: Un răspuns este împărțit în atâtea formule pentru a cuprinde toate elementele esențiale. Noi le vom prezenta în câteva exemple. Un prim exemplu ar fi la testul Z planșa III, la fel de bun pentru pl. III RORSCHACH: „Doi bărbați se ceartă pentru un fluture, semnul G K+ H Ban." Prima formulă folosește reprezentării factorului C si K, a doua formulă este necesară pentru a releva factorul dublu al banalității.. Se întâmplă frecvent ca subiecți prevăzători, la planșa VI să interpreteze întâi *numai* partea principală ca blană de animal, apoi să-și ajusteze răspunsul văzând că partea superioară poate completa bine răspunsul inițial. Esențialul aici, anume amânarea succesiunii modului de percepere este scos din discuție, trebuind să ne mulțumim cu o singură formulă. Marcarea corectă este: D F+ A(Ban), sau G F+ A Ban.

Problema descompunerii la răspunsurile *globale contaminate și combinatorii* apare foarte des. Aceasta este doar atunci de descompus când răspunsul are componente formal *eterogene*. „Doi bărbați se ceartă pentru o femeie", planșa I, nu permite descompunerea, deoarece are toate componentele K iar formula este G K+ H asfel încât acoperă toate cele esențiale. Altfel se petrec lucrurile în cazul combinațiilor simultan-combinatorii în care mai multe răspunsuri heterogene participă. La planșa VIII, poziția b, „un cameleon se plimbă pe o stâncă, sub cascadă în care se oglindește", formula care este pentru răspunsul întreg fiind: G FC+ Nat, cameleon D F+ A Ban, stâncă D F± Nat, cascadă și oglindire D CF Nat. Subiectul a dat multe răspunsuri cromatice, iar scena însăși a fost văzută ca fiind colorată. Valoarea cromatică nu a fost aceeași în diferitele componente. La oglindire culoarea era primară, "cascada" fiind determinată de culoarea albastră, astfel a fost marcată cu CF. Cameleonul este marcat cu F pentru ca animalul poate să aibă diferite culori, nu poate fi însă niciodată roșu. Ansamblul revine la determinanții de formă, de unde marcarea FC. La planșa IX, avem răspunsul „Dealul spiridușilor" cu următoarea explicație spontană: roșu „săgeți strălucitoare"; verde „deal"; brun: cei care au încercat să se împodobească ca spiridușii" Formulele:

G KC+ Nat pentru scena întreagă, D CF+ foc pentru săgeți, D FC+ peis, pentru deal și D K+ H pentru spiriduși. Dacă subiectul nu ar fi dat singur această completare ne+am fi putut mulțumi cu KC. Aceeași planșa a fost interpretată în poziția c: „două broaște ce stau pe pamânt și manâncă o ciupercă". Formula: ca scenă întreagă :G FC+ scenă orig+ (chiar dacă o parte-pământul nu are nici o formă); broaștele (verde): D FC+ A; ciuperca, (roșu): D FC+ Pl; iar pământul: D C pământ. Împărțirea este necesară în acest caz din cauza determinanților și a conținutului eterogen.

Ca exemplu a unei contaminări (aici al unui schizoid) ar fi răspunsul la planșa VI „o broască țestoasă cu cap de șarpe și mustăți de pisică; și are branhii ca mormolocii". Formula întregului: G (cont.) F+A; (F+ pentru că forma principală și cea a detaliilor este buna); cap: D F+ Ad; mustăți Dd F+ Ad; iar branhiile: D F- Ad orig-. Modurile de percepere sunt în cazul acesta eterogene (D și Dd una peste alta), iar pregnanța formei este diferită și doar printr-o înfrumusețare poate duce la orig-. Se putea nota întregul cu orig-. Dar aceasta ar fi fost o inutilă formalizare grobiană în raport cu răspunsul, fiindcă este vorba de o contaminare a realității controlate, un caz de limită la așa numita contaminare "atenuată" (vezi cap. 12 la schizoidie).

Pentru final încă două exemple, care par asemenea, dar o nuanță importantă le deosebește. Un psihopat spune la planșa II poziția b: „un animal decapitat într-o baltă de sânge, în care se oglindeste", formula pentru întreg: G FC+ A; D CF sânge. Dacă ar fi fost numit numai animalul decapitat am fi notat cu FC+. Adăugarea bălții de sânge cuprinde un moment de accentuare a culorii, semnul singular fiind mult prea slab. CF pentru întreaga imagine nu s-ar fi potrivit pentru ca forma animalului, perceperea simetriei și combinarea nu ar fi cotată. La planșa II, figura intermaculară + mijloc roșu: „lampă cu raze de lumină sugestive". Aici se va folosi formula DimD FC+ Obj.

Pentru final mai trebuie atenționat că descompunerea în exces a răspunsurilor trebuie evitată. Pentru că ea duce la confuzii privind numărul răspunsurilor și astfel o slăbire a valorii procentelor și să se utilizeze doar acolo unde este nemijlocit necesară. Se recomandă la protocoalele mici să se socotească procentele pe baza numărului de răspunsuri după scăderea numărului de răspunsuri descompuse.

Doar la testul Z cu răspunsuri puține se recomandă a fi descompuse detaliile evidențiate și a fi notate individual[1].

1 HANS ZULLIGER, Der Tafeln -Z-Test, Bern, 1954, p. 29 și 36.

D. Asigurarea răspunsurilor neclare / ambigue

I. Necesitatea asigurării

Uneori nu este posibil să găsim formula corectă pentru un răspuns fără a întreba subiectul. Condițiile deosebite ale experimentării testului Rorschach, fac posibilă interogarea în timpul testului. Dacă nu suntem lămuriți privind detaliile interpretate ce țin de *localizare,* putem să clarificăm aceste aspecte pe parcursul experimentului. O întrebare de genul ”unde anume” poate fi deajuns pentru ca subiectul să ne arate localizarea. Întrebări legate de modul de percepre sau de factorii determinanți sunt inadmisibile în timpul testului, ele fiind sugestive și pot pune sub semnul întrebării toată spontaneitatea testului. O întrebare ca: „vă referiți la întreg sau al o anumită parte?” poate duce subiectul la ideea de a interpreta detalii, aspect care poate nu ar fi intrat în discuție. De asemenea, întrebări legate de culori, umbriri sau kinestezii sunt și mai periculoase, ele putând falsifica factorul de timp.

Se recomandă după încheierea protocolului să se clarifice toate detaliile neclare cu subiectul, aceasta fiind asigurarea răspunsurilor neclare, pentru a nu merge ulterior pe baza ghicitului.

II. Tehnica asigurări

Principiul de bază a tehnicii de investigație, ca la criminaliști presupune *evitarea strictă a întrebărilor sugestive*. Întrebările se pun într-un mod pe cât posibil ambigu sau alternativ. Asadar nu întrebăm: ”vă referiți la acest detaliu?”, ci: „la care detaliu vă referiți?”, de asemenea nu se întreabă „era toata planșa?” ci „vă referiți la toată planșa sau doar al o anumită parte?”. În general modul de percepere nu implică dificultăți.

În rândul determinanților se ridică probleme la culori și kinestezie. În acest caz trebuie să ne ferim de sugestii, nu ne este însă permis să punem întrebări care nu sunt înțelese. Majoritatea oamenilor au o înțelegere pshihologică foarte redusă, nefiind antrenați în introspecție, astfel că nu are nici un rost să îi întrebăm în formule teoretice. Din acest motiv nu e cazul să întrebăm direct. Dacă nu suntem siguri, de exemplu, dacă este vorba de un F sau un FC, este periculos să întrebăm: „credeți că aici se refelctă și culoarea?”. Mulți oameni ar pricepe că această întrebare sugerează alegerea formei *ori* a culorii. Explicațiile complicate, cum ar fi diferența dintre FC și CF, nu folosesc la nimic, mulți oameni simplii neînțelegând aceste lucruri. La întrebări directe se pot obține răspunsuri false, fiind de preferat să se pună problema indirect. La un fluture se întreabă de exemplu, „este o molie sau un fluture de noapte?” iar dacă subiectul neagă, se poate întreba „de ce?” și astfel se poate ajunge la o interpretare spontană privind culorile, în rest se poate întreba „de ce ați spus tocmai rac?”, ajungându-se astfel la scopul propus. Cele mai mari dificultăți le întâmpinam la studiul *K-urilor dubioase*. Trebuie acordată multă atenție acestui aspect, o intrebare privind caracterul K, nefiind recomandată pe parcursul cercetării. Se recomandă întrebări de genul „*Puteți să descrieți mai îndeaproape sau mai pe larg*?” Dacă subiectul se referă la diferite

momente statice descrie masele membrelor și alte părți ale corpului astfel, se poate decide cu siguranță asupra unui K. Dar chiar dacă se demonstrează *acum* o mișcare, acest lucru nu este o dovadă a acțiunii K-ului. Când cineva face semne cu mâna în timp ce vorbește despre o rață ce zboară, nu este un semn clar a unei identificări. RORSCHACH ne atrage atenția asupra trezirii asociative a unei mișcări doar numită dar nu neapărat retrăită. Se poate lua o decizie pe baza impresiei globale și pe baza conduitei globale a subiectului. Dacă cineva răspunde la planșa 4 „un urs", solicitându-i-se o descriere mai detaliată, e posibil să se primească răspunsul: „nu vedeți ursul care se apropie amenințător", acesta este un K. Dacă însă subiectul răspunde „credeam că aceste lucruri ciudate, care îmi aduc aminte de dansul urșilor, și poate și blana, sunt mițoase", nu este vorba de un K (nu e nici neapărat un FClob).

Dacă nu ajungem la scopul nostru prin aceste întrebări indirecte, iar interpretarea subiectului rămâne tot neclară și ambiguă, putem aplica subiecților dotați intelectual și intuitiv încă odata testul. Cel mai bine este să pornim de *la comparația cu răspunsurile K sigure*. Se spune de exemplu: „imaginați-vă că vă aflați într-o cafenea din Viena și că ascultați un vals vienez și veți simți că bateți tactul etc. Acum imaginați-vă că vă aflați la circ și că apare un acrobat care se răsucește de câteva ori în jurul unei bare verticale. Pare că omul face un nod din picioarele sale. Apoi parcă ați face și dv. asta în interior de parcă ați dori să încercați: Cum face oare asta? apoi îi explică problema privitor la interpretarea în cauză.

Nu doar astfel de răspunsuri creaza nesiguranță, acestea putând fi prezente și în alte părți ale testului. Pot apărea interpretări inverse, repetiții sau interpretări pars-proto-toto.

Dacă bănuim că o interpretare este inversă trebuie să ne asigurăm cu ajutorul subiectului, fapt care se poate realiza și pe parcursul testului, în orice caz trebuie cel târziu după finalizarea examinării să fie reluat. Dacă de exemplu cineva spune pentru roșul din planșa 3 „doi copaci" se întreabă „îmi arătați și mie vă rog, cum?" sau „unde este trunchiul sau coroana?". Dacă subiectul ne arată coroana jos, iar trunchiul sus fără a întoarce planșa, este vorba despre o interpretare inversă. Trebuie avut în vedere că unii subiecți o întorc din politețe, pentru a ne arăta ceea ce am întrebat. În acest caz trebuie să îi rugăm să țină planșa așa cum o văd ei asigurându-i că ne descurcăm din poziția pe care o avem.

Daca subiectul repetă aceeași interpretare, de exemplu la planșa 10 ca o a doua interpretare „două floarea soarelui", iar apoi ca o a șaptea interpretare tot „doua floarea soarelui" aceluiași detaliu, se poate întreba imediat în timpul testului daca nu cumva s-a mai spus acest lucru. Aceasta nu este o întrebare sugestivă. Dacă suspectăm subiectul că s-ar împotmoli datorită tonului cu acest răspuns, atunci trebuie să ne asigurăm întrebândul-l. Dacă răspunde "nu" atunci suntem siguri că este o repetiție autentică, cum sunt în unele tulburări organice. Dar acesta ar putea să ne răspundă: Da, dar nu eram sigur dacă ați notat răspunsul".

Și interpretările pars-proto-toto pot fi imprecise și necesită obișnuit un "inquiry". Adesea ele nu sunt "autentice" ci referirea la o parte a corpului, este doar o exprimare inexactă sau neglijentă [1].

1 HANS ZULLIGER, Ueber symbolische Diebstähle von Kindern und Jugendlichen, Institut fur Psychohygiene, Biel, 1951,p.11

SCHAFER[1] și RAPAPORT[2] au in vedere imprecizia pentru fiecare planșă. Acest aspect trebuie neapărat evitat pentru că astfel se anulează condițiile cercetării subiectul fiind astfel atenționat deja după prima planșă asupra modului de percepere și a determinanților (G, D, K, culoare etc.), aspecte care altfel poate nu ar fi fost luate în considerare.

Dacă la anchetă apar noi raspunsuri spontane, acestea vor fi trecute într-un post scriptum separat de protocolul examinării, care e de separat strict de protocolul experimentului prim. Aceste răspunsurii pot fi folosite ca suport la evaluarea globală, putând rezolva anumite probleme pe care protocolul nu le-a relevat. Aceste răspunsuri care nu au apărut spontan, ci au apărut în condiții noi (nu în cele ale cercetării) nu vor fi nicidecum cotate. S-ar ajunge la rezultate ce ar duce la erori și confuzii.

La imprecizie se recomandă încă o completare a lui FROBARJ[3], care susține că majoritatea oamenilor care vad aceste planșe nu spun tot ce le vine în minte. „Poate puteți să îmi spuneți acum la care planșă ați omis informații. Am să vă prezint din nou planșele, iar dumneavoastră trebuie decât să spuneți da sau nu. Da înseamnă că v-ați mai gândit la ceva, dar nu ați spus, iar nu că mi-ați spus totul." Dacă subiectul dă răspunsurile spontan privind ce anume a omis, acestea vor fi notate, dar nu vor fi cotate, altfel se notează doar planșele cu interpretări omise.

III. Mai puțin înseamnă mai mult

Cu aceasta s-a spus necesarul pozitiv. Dar noi nu trăim în spațiu vid și de aceea e uneori necesar să prezentăm ceea ce nu este de făcut.

Unii psihologi manifestă tedința unei *hiperactivități* în testare, care pune la îndoială succesul întregului test. Dacă de exemplu se propun ca toate detaliile minore ale protocolului să mai fie parcurse odată alături de subiect, ne vom confrunta cu diferite reinterpretări ce se produc post-festum care vor induce în eroare, provocând confuzii. Avantajul sau lipsa unei anume categorii de răspunsuri este obiect al evaluării, o provocare a unor anume interpretări poate doar abate pe experimentator de la înțelegerea protocolului. Greșirea unei anumite categorii de răspunsuri poate afecta cotarea. "Un experiment nu va deveni mai obiectiv prin schematizare și standardizare – obiectivitatea este doar aparentă", spune neurologul elvețian TORE BROMAN[4], privitor la tehnica chestionării în înregistrarea anamnezei neurologice,- un memento important și pentru validitatea tehnicii noastre.

În general o "*completare*", "suplimentare" a răspunsurilor după test este *inutilă*. Situația este atât de mult schimbată încât aceste răspunsuri ar fi cu totul altfel cotate. În cazuri cu foarte multe refuzuri se poate face o excepție repetându-se testul. Distribuția refuzurilor din primul protocol va rămâne totuși hotărâtoare în evaluare. În nici un caz, astfel de răspunsuri

---

1 ROY SCHAFER, Psychoanalitic Interpretation in Rorschach Test, New York, 1954, p.97
2 DAVID RAPAPORT, Diagnostic psychological testing, Chicago, 1946,Vol.II, p. 97
3 GÖSTA FRÖBÄRJ, Komplettering av RORSCHACH-methoden, Psykolognytt, 1962
4 TORE BROMANN, Fragetekniken vid upptagningen av neurologisk anamnes, Nordisk Medicin, Ed.41, 1949, p.361

“de completare” nu vor fi trecute în primul protocol, chiar dacă ele au fost spontane. Chiar și cercetările ulterioare de completare, “testing the limits”, sunt de prefert a fi evitate. Lipsa completă a unei categorii de răspunsuri (K, C, H și Ban) în experimentul spontan va fi interpretată ca atare. Experimentele de provcare pot fi interesante în scopul unei cercetări, dar semnificație diagnostică nu au niciodată. Doar dacă există o bănuială că subiectul a înțeles greșit instrucțiunile (a crezut că trebuie să fie neapărat chestii anatomice, deoarece experimentatorul e medic; a crezut că trebuie să fie asociații libere etc.), poate fi vorba de o repetare a testului conform instrucțiunilor corecte.

Astfel de cercetările superflue ulterioare nu sunt doar mâncătoare de timp, ci și inducătoare în eroare. Încercând să descriem inutil toate componentele unei interpretări necomplicate, pentru a constata eventual că unele detalii „perturbatoare" nu au fost luate în calcul poate duce la marcări complet false. Răspunsurile date spontan ”doi clovni” la planșa II, rămâne un G K+ H Ban, chiar dacă subiectul, după, într-o situație complet diferită a interviului, că roșul din mijloc nu aparține acestora.

BECK susține că aceste anchete se bazează mai mult pe experiență și pe vigilența decât pe “explicațiile” retrospective ale subiectului provocate de o nouă situație: „...experiența universală în aceste răspunsuri poate avea o pondere mai mare decât mărturia subiectului după scorare”[1]. Noi ne declarăm solidari cu RAPAPORT[2] atunci când cere tehnicii testului Rorschach: “ancheta complicată, consumatoare de timp trebuie evitată cât mai mult posibil”.

Doar acolo unde apar dubii autentice e de asigurat răspunsul. Unde poate fi evitată asigurarea este mai bine să procedăm ca atare. Mai puțin este mai mult!

1 SAMUEL S. BECK, , Rorschach’s Test vol I. Basic Processes, New York, 1944, p.17
2 DAVID RAPAPORT, Diagnostic psychological Testing, vol .II,Chicago, 1946, p.88

TABELE AJUTĂTOARE PENTRU COTAREA/MARCAREA RĂSPUNSURILOR

Răspunsurile și notarea lor sunt luate din exemplele lui Rorschach (Ban* = cele 9 Ban ale lui Oberholzer)[1]

Planşa I

Doi oameni, care jură pe un altar	G	K+	H	Orig+
Două figuri mari, stând pe un bazin	G	K+	H	
Liliac	G	F+	A	Ban
Fluture	G	F+	A	Ban
Vampir	G	F+	A	
Pasăre mare (din cauza aripilor)	DG	F+	A	
Bazin (oasele bazinului)	G	F-	Anat	
Schelet, coaste, șira spinării.	G	F-	Anat	
Schelet de animal (radiografie)	G	F(C)-	Anat	
(mijloc, întreg) Femeie cu mâinile ridicate	D	K+	H	
(mijloc, întreg) Zeitate cu aripi.	D	K+	H	Orig+
(margini) Doi oameni vizavi, războinici, etc.	D	K+	H	
(lateral) Urși	D	F+	A	
(mijloc, partea de sus) Cap de insectă, gândac	D	F+	Ad	
(negru, mijloc, jos) Jumătate de om	D	F+	Hd	
(negru, mijloc, jos) Picioarele unui om	Do	F+	Hd	
(prelungiri, miloc, sus) Coarne	D	F+	Ad	
(prelungiri, mijloc, sus) Mâini care apucă	Do	K+	Hd	
(vârfurile laterale) Capete de bărbați (cu tichii).	Do	F+	Hd	
(vârfurile laterale) Capete de urs	Do	F+	Ad	
(prelungirile laterale) Aripi	Do	F+	Ad	
(prelungirile laterale) Capete de cal.	D	F-	Ad	Orig-
(poz. c, lateral, 1/3 sus) Capete de copii	Dd	F+	Hd	
(legaturile dintre mijloc și laterale) Arc de pod	Dd	F+	Obj	Orig+
(vârf median, jos) Penis	Dd	F-	Sex	(Orig-)[2]
(vârf median, jos) Organ sexual feminin	Dd	F-	Sex	
(vârf median,jos) Gură de pește	Do	F-	Ad	Orig-

Planşa II

Doi saltimbanci, clovni, bețivi, etc..	G	K+	H	Ban*
Două persoane rugându-se	G	K+	H	
Doi căței tineri care jonglează cu ceva pe bot	G	F+	A	Orig+
Fluture	G	F+	A	
Lampă cu petrol, explodând	G	CF	Obj	
Bazin	G	F-	Anat	
(doar negru) Bazin	D	F+	Anat	
(doar negru) Doi dansatori, cu palmele ridicate	D	K+	H	

1 Emil Oberholzer, Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustände nach Scädeltraumen mittels des Rorschach'schen Fordeutvesuchs, Zeitschr. f. ges. Neu. u. Psychiatrie, Bd.136,1931,S. 614/615

2 (Orig) dintre paranteze sunt din protocoalele lui Rorschach, dar nu pot fi văzute ca orignale autentice

(doar negru) Doi urși dansând	D	K+	A	
(doar negru) Doi urși	D	F+	A	Ban
(doar negru) Doi căței mimând omuleți	D	F+	A	
(doar negru) Capete de câini, capete de animal.	D	F+	Ad	
(doar negru) Doi chiloți de damă	D	F+	Obj	Orig+
(doar negru) Doi porci	D	F-	A	Orig-
(doar negru) Liliac	D	F-	A	Orig-
(negru, partea superioara) Cocoși	Dd	F+	A	
(vârf negru,sus, median) Penis	D[1]	F-	Sex	Orig-
(vârf negru, sus, median) Brad	D	F+	Pl	
(gri, in interiorul vârfului) Trepte îndepărtate	Dd	F(C)+	Peisaj	Orig+
(intermacular și negru) O alee din parc cuprinsă de flori, urcând în depărtare, mărginită de o balustradă	Dim	F(C)+	Peisaj	Orig+[2]
(roșu sus) Două veverițe, două animale mici	D	F+	A	
(roșu sus) Două capete	Do	F+	Hd	
(roșu sus,poz. c) Pantof și ciorap	D	F+	Obj	
(roșu sus) Picior, Pantofi	D	F-	Hd(obj)	
(roșu sus) Mână cu degete	D	F-	Hd	Orig-
(roșu sus) Două flăcări	D	CF	Foc	
(roșu jos) Fluture	D	F+	A	
(roșu jos) Partea din spate (coada) unui fluture	D	FC	Ad	
(roșu jos) Jumătate de soare	D	CF	Soare	
(roșu jos, poz. c) Apus de soare	D	CF	Soare	

Planşa III

Doi domni, chelneri, etc. (cu sau fără vas, salutându-se, etc.)	G	K+	H	Ban*
Doi oameni, domni, homunculi	G	F+	H	Ban*
Desene de oameni, caricaturi, figuri umane	G	F+	H	Ban*
(poz.c) Bătrâna spălătoreasă cu brațele ridicate	G	K+	H	Orig+
(poz.c) Cap de muscă, mărit	G	F+	Ad	Orig+
Ceva floral, cu flori	G	F-	Pl	Orig-
Trei culori pe hîrtie, alb, negru și roșu	G	C	Culoare	
(mijloc negru) Iepuri, popândăi, șoareci, ursuleți . . .	D	F+	A	
(mijloc, negru, poz. c) Capete de negri	D	F+	Hd	
(mijloc, negru, poz. c) Un omuleț aplecându-se	D	K+	H	Orig+
(capetele și torsul figurilor) Păsări împăiate	D	F-	Ad	
(Doar capetele) Capete de animal	D	F+	Ad	
(doar capetele) Capete de oameni, negrii, maimuțe .	Do	F+	Hd(Ad)	
(doar picioarele) Pești	D	F+	A	
(doar picioarele) Picioare	Do	F+	Hd	
(roșu median) Fluture	D	F+	A	Ban
(roșu median) Papion	D	F+	Obj	
(roșu median) Papion roșu	D	FC+	Obj	
(roșu median) Inimă	D	CF-	Anat	
(roșu sus) Maimuțici, Cîini flocoși	D	F+	A	
(roșu sus) Drăcușori	D	F+	H	
(roșu sus) Papagali	D	F+	A	Orig+
(roșu sus) Cal de șah	D	F+	Ad	Orig+
(roșu sus) Animal	D	F-	A	

1 Vezi Rorschach, Psychodiagnostik, pag.39

2 Nemarcat de Rorschach ca original

Planşa IV

Blană de animal (Covor fantezist)	G	F+	A	Ban*
Liliac	G	F+	A	Ban
Sepie, moluscă etc.	G	F+	A	
O plantă, ceva	G	F+	Pl	
Un Gambrinus pe o firmă de han	G	F+	H	
O figură (persoană) pe un scaun	G	K+	H	
Monstru în blanaă de oaie cu cizme mari.	G	K+	H	
Moritz, din desenele lui Busch, căzut în aluat	G	K+	H	Orig+
Arteziene risipind fum. CobF	G	FC+	Fum	Orig+
Uliu/ șoim în zbor	G	F-	A	
Siglă, stemă, heraldică	G	F-	Stemă	
(partea mediană) Coadă de insectă	D	F+	Ad	
(partea mediană, poz. c) Bufniță,	D	F+	A	
(mijlocul întreg poz. c) Figură de șah, tură.	D	F+	Obj	Orig+
(linia mediană) Coloana vertebrală, Șira spinării	D	F-	Anat	
(mediana+cizma, poz. c) Două personaje cu mantale fâlfâind, grăbindu-se spre centru	D	K+	H	
(mediana+cizma, poz. c) Două femei cu voaluri fluturând și o fântână, dansând	D	K+	H	Orig+
(mediana+cizma, poz. c) Pasăre	D	F-	A	
(cizma) Cizmă	D	F+	Obj	
(cizma) Picioare	Do	F+	Hd	
(excrescențe laterale mari) Capete de câini, foci	D	F+	Ad	
(excrescențe laterale mari) Aripi	D	F+	Ad	
(excrescențe laterale mari) Crocodili	D	F-	A	
(excrescențe laterale mari) Pești, păsări	D	F-	A	Orig-
(excrescențe laterale mari, poz.b,d) Femeie aplecată lângă un monument funerar	D	K+	H	Orig+
(excrescențe laterale sus) Șerpi, râme,	D	F+	A	
(excrescențe laterale sus) Două crengi noduroase				
(marginea laterală) lebădă înotând pe lângă mal	D	F+	Pl	
(contur al figurii mediane) Profile de vagabonzi	D	F+	A	Orig+
(eventual extern) cu barbă	D[1]	F+	Hd	
(median partea superioară) Șoim, văzut din față	D	F+	A	Orig+
(vârf median) Frunzuliță de iederă	Dd	F+	Pl	Orig+
(capul părții mediane, poz c) Coroniță	Dd	F+	Obj	Orig+
(negrul din cizmă) Un satir sau un călugăr.	Dd	F+	Hd	Orig+
(tocul cizmei) un plop	Dd	F+	Pl	Orig+

1 Dacă nu cuprinde excrescențele e preferabilă notarea Dd

Planşa V

Liliac	G	F+	A	Ban*
Fluture, fluture de noapte	G	F+	A	Ban*
Un animal zburător, iepure zburător	G	F+	A	
Aviator	G	F-	Obj	
(margine superioară) Femeie aplecată, bătrân circar . . sau:	G	K+	H	Orig+
(median) Câine	D	K+	H	Orig+
(vârf) Cap de iepure	Dd	F-	A	Orig-
(vârf) Cap de om cu braţe ridicate	D	F+	Ad	
(vârf,fară urechi) Cap de om cu pălărie tare	D	K-	Hd	Orig-
(marngine lat. parte sup.) Profil uman, mască mortu-	Dd	F+	Hd	
ară	D	F+	Hd	
(margine lat. inf.) Profil cu sprâncene stufoase	Dd	F+	Hd	(Orig+)
(partea externă a aripii) partea inferioară a corpului cu un picior de lemn	D[1]	F+	Hd	
(excrescenţe laterale) Oase ciugulite	Dd	F+	Obj	Orig+
(excrescenţa mai groasă) Picioare cu ciorapi sport . . .	Dd	F+	Hd	(Orig+)
(picioare jos) Un organ sexual deschis	Dd[2]	F-	Sex	Orig-

Planşa VI

Blană de animal (de pradă)	G	F+	A	Ban*
Broască ţestoasă	G	F+	A	
Frunză	G	F+	Pl	
Securea cu două tăişuri a lui Thor	G	F+	Obj	Orig+
Evantai	G	F+	Obj	Orig+
Prapor	G	F+	Obj	Orig+
Rachetă de tenis	G	F+	Obj	Orig-
Aisberguri plutind	G	F-[3]	Obj	Orig-
Un animal preistoric, un animal (neprecizat)	G	F-	A	
Un fel de şarpe (din cauza gâtului)	DG	F-	A	
(poz.c) Copac, pom	G	F+	Pl	
(poz.c) Două profile mari cu nas mare şi barbă	G	F+	Hd	
(poz. c) Doi băieţi spate in spate	G	K+	H	Orig+
(poz. c) (doar capetele băieţilor) Capete, profil			Hd	
(altfel D)	Do	F+	Obj	
(partea sup. + soclu) Monument, statuie	D	F+	Obj	
(partea sup.) Pasăre, fluture de noapte, etc.	D	F+	A	
(partea sup.) Crucifix	D	F+	Obj	
(partea sup.) Liliac	D	F-	A	
(partea sup.) Plantă cu frunze	D	F-	Pl	
(partea sup., laterale) Aripi de pasăre	Do	F+	Ad	
(partea sup., laterale) Manta fluturând	D	F+	Obj	
(partea sup., mijlocul) Penis	Dd	F+	Sex	
(partea sup., mijlocul) Peşte	D	F-	A	Orig-
(soclul părţii sup.) muşchi/licheni/zăpadă	D	FC+[4]	Muşchi	
(partea sup., vârf) Cap de şarpe, animal, etc	D	F+	Ad	

1 Preferabil Dd
2 Preferabil D
3 De asemenea F(C) sau ClobF
4 De asemenea poate fi F(C) sau (ClobF)

(contur lat. cu ambele excrescențe, poz. d) Coasta sudică a SUA cu Florida	D	F+	Hartă	
(prelungiri laterale mari) Capete de câine	D	F+	Ad	
(prelungiri lat. mari, profil) Femeie aplecată, tors cu mâna ridicată	D	K+	H	Orig+
(prelungiri lat.mari, profil) Urs pe jumătate ridicat	D	K+	A	
(prelungiri lat. mici) Om cu mâinile încrucișate	Dd	K+	H	Orig+
(prelungiri lat. mici) Braț întins	Dd	K+	Hd	Orig+
(prelungiri lat. mici) 2 busturi mici ca pe o alee	D	F+	Obj	Orig+
(negru în soclu) Piesă de mobilă strunjită	D	F+	Obj	Orig+
(linia mediana jos) Lampă de sudură	Dd	F+	Obj	
(jos, median) Buzele vulvei	Dd	F+	Sex	Orig+

Planșa VII

Colier, colan	G	F+	Orn	Orig+
Nori	G	F(C)+	Nori	
Zăpadă și nori(de ex.)	G	CF	Nori	
sau:				
Nori de fum	G	F(C)+	Fum	
Bucăți de aluat rupte	G	FC+[2]	Aluat	Orig+
Bazin de femeie	G	F-	Anat	
Flori	DG	F-	Pl	Orig-
Ființe înspumate din mare (BINDER)	G	Fclob-	A	Orig-
Balize, semnalizatoare pe mare (BINDER)	G	Fclob-	Obj	Orig-
(poz. c) Două dansatoare cu frizuri înalte sau cu căciuli rusești	G	K+	H	Orig+
(treimea sup.) Capete de oameni, femei, copii	G	F+	Hd	Ban*
(treimea sup.) Lebede	D	F-	A	Orig-
(treimea medie) Capete de urs, elefant, maimuțoi	D	F+	Ad	Ban
(treimea medie) Capete de câini, bot de animal	D	F+	Ad	
(treimea medie) Două busturi	D	F+	Hd	
(treimea sup.+medie) Câine săltând (poz.a)	D	F-	A	
(treimea inf.) Fluture	D	F+	A	
(treimea inf., poz.c) Un tăntălău leneș cu urechile turtite spre spate	D	F+	A	Orig+
(treimea inf., margine) Personaje de iarnă, mumificate cu pelerine	D	K+	H	Orig+
(treimea inf.) Avion	D	F-	Obj	
(treimea inf.) Fetus	D	F-	Anat	Orig-
(treimea inf.) Bucată din partea dorsală a unui om	D	F-	Anat	
(treime med.+inf.) Corpul capetelor	D	F-	Hd	
(negru mijloc jos) Organ sexual feminin	Dd[1]	F+	Sex	
(negru mijloc jos) Râu	Dd	F-	Harta	(Orig-
(gri în negru median jos) Om nud	Dd	F+	H	Orig+
(prelungiri lat. treimea medie) lăbuțe de câine	Dd	F+	Ad	Orig+
(legătura treimilor sup. și medie) Umăr si braț	Dd	F+	Hd	Orig+
(Intermacular) Apa dintr-un vas	Dim	F-	Obj	Orig-
(intermacular, poz.c) Lampă de masă	Dim	F+	Obj	Orig+

1 Marcat de Rorschach drept D
2 Azi de preferat F(C) – Fclob – (după BINDER)

Panșa VIII

O stemă.	G	CF	Stemă	Orig-
Pom de Crăciun	G	CF	Obj	Orig-
(lat.) Urși, lupi, Hiene, câini, șoareci, etc. (roșii)	D	F+	A	Ban*
(mijloc tot) Demnitar japonez	D	FC+	H	Orig+
(gri) Trofeu de cerb	D	F+	Ad	
(gri) Corp de câine în extensie	D	F+	A	Orig+
(gri) Sepie	D	F+	A	Orig+
(gri) Rădăcină de copac	D	F+	Pl	
(gri) Coroană	D	F-	Obj	Orig-
(gri) Stemă	D	F-	Stemă	
(gri) Munți	D	FC+	Nat	
(gri Mâinile unei doamne care-și dă mâna pentru a fi sărutată	D	K+	Hd	
(gri) Mâini cu degete	D	F-	Hd	
(prelungiri lat. în gri) Mâini	Dd	F+	Hd	
(prelungiri în gri jos median) Două labe de picior . . .	Dd	F+	Hd	Orig+
(albastru) Fluture	D	F+	A	
(albastru) Comoară îngropată (sub rădăcină)	D	F+	Obj	Orig+
(albastru) Steaguri (albastru)	D	FC+	Obj	
(albastru) Haine, rufe	D	CF	Obj	
(albastru) Un soi de cristal crescut din stâncă.	D	CF	Obj	
(albastru) Gheață	D	CF	Gheață	
(albastru) Un lac	D	C	Lac	
(albastru+gri) Carusel	D	FC+	Obj	Orig+
(albastru+gri) Fluture	D	F-	A	Orig-
(roșu mijloc) Capete de pești, de animale marine. . . .	D	F+	Ad	
(roșu mijloc) Capete (adormite)	D	F-	Hd	
(roșu mijoc) Aripi	D	F-	Ad	
(roșu mijloc) Pietre	D	F-	Obj	
(roșu mijloc) Fluture	D	FC+	A	
(roșu mijloc) Plămân	D	FC-	Anat	
(roșu mijloc) Foc	D	CF	Foc	
(roșu mijloc) Grotă	D	C	Grotă	Orig-
(roșu mijloc, poz. c) Veche tunică elvețiană	D	FC+	Obj	Orig+
(doar orange) Tichie de nebun	Dd	FC+	Obj	Orig+
(între gri și albastru) Torace, schelet	Dim	F+	Anat	
(median în albastru) Șira spinării	D	F+	Anat	
(linia mediană în gri) Șira spinării	D	F-	Anat	

Planşa IX

Flori, trandafiri	DG	CF+	Pl	
Grotă (cu)	G	CF	Grotă	
(brun) vrăjitoare dansând	D	K+	H	
Un schelet cu coloana vertebrală	G	CF-	Anat	
(poz. c) Ceva floral	G	CF+	Pl	
(poz. c) Erupția unui Vulcan (Etna).	G	CF+	Vulcan	
(brun) Personaje cu săbii, soldați duelând, pitici cu bratele îndepărtate	D	K+	H	
(brun) Pasăre	D	F-	A	
(brun) Soare	D	C	Soare	Orig-
(brun, poz. c) Doi oameni, salutându-se	D	K+	H	Orig+
(brun, doar capetele) Fată, cu fes	Do	F+	Hd	
(prelungiri brune mari) Clești de rădașcă, coarne de cerb	Do	F+	Ad	
(sub prelungirile brune mari) Persoane feminine așezate privesc marea	Dd	Kmic+	Scenă	Orig+
(medallion în brun) Două bufnițe	Dd	F-	A	Orig-
(verde) Urși	D	F+	A	
(verde) Sac de cimpoi rupt	D	F+	Obj	Orig+
(verde) Animale, sau așa ceva	D	F-	A	
(verde) Mare, Mări	D	C	Mare	
(verde) Pădure	D	C	Nat	Orig-
(verde) Rusia (alb pe harta verde)	D	C	Hartă	Orig-
(verde, margine) Copil plimbându-se cu o păpușă . . .	D	K+	H	
(verde margine) Doi iepuri sărind în două părți.	D	F+	A	
(între brun și verde) Cap de animal, cerb, ren, crocodil, cal, șarpe, etc	D	F+	Ad	Ban
(între brun și verde) Un cap de ceva	D	F-	Ad	
(roșu) Petale de trandafir căzând	D	CF	Pl	
(roșu margine) Cap de bărbat	D	F+	Hd	Ban
(roșu margine) Cap de pisică	D	F+	Ad	
(roșu margine) Copil înfășat, păpușă	D	F+	H(obj)	
(mijoc în roșu) Parte sexuală feminină	Dd	F-	Sex	Orig-
(linie mediană roșu) O cruce cu un băiat legat de ea .	Dd	K+	H	Orig+
(intermacular) Violoncel, vioară	Dim	F+	Obj	
(intermacular) intrarea într-o peșteră	Dim	CF-[2]	Grotă	Orig-
(linie mediană) Fântână (arteziană)	D	F+	Fântân	
(linie mediană) Șira spinării	D[1]	F-	Anat	

1 la Rorschach Dim

2 preferabil F-

Planşa X

Colecție de gândaci colorată	G	FC+	A	
Animale de mare, corali	G	CF+	A	
Plante, alge de la fundul mării	G	CF+	Pl	
Carnaval	G	CF	Carnaval	Orig+
Intrare în cer, nori	G	CF-	Cer	Orig-
Un trandafir	DG	CF-	Pl	Orig-
(poz. c) O floare mare în secțiune, cu frunze	G	FC+	Pl	Orig+
(toată fig. intermaculară centr.) Alee de parc cu copaci	Dim	F(C)+	Peisaj	Orig+
(verde mijloc) Iepure	D	F+	A	
(verde mijloc) Cap de iepure	D	F+	Ad	Ban
(verde mijloc) Pieptene de păr cu bijuterii	D	F+	Obj	Orig+
(verde mijloc) Căluț de mare	D	F+	A	
(verde mijloc) Pești	D	F+[3]	A	
(verde mijloc) Viermi	D	F+	A	
(verde mijloc) Omizi	D	FC+	A	Ban
(verde mijloc) Două nevăstuici, popândăi	D	F-	A	
(verde mijloc) Mutrișoară cu două codițe	D	F-	Hd	
(verde mijloc poz. c) Cap de cărăbuș cu ochi mari . . .	D	F+	Ad	Orig+
(verde pal mijloc) Organ sexual femeiesc	Dd	F-	Sex	
(verde pal mijloc poz.c) Figurine cu aureolă	D[1]	F+	H	Orig+
(verde lat.) Oaie zăcând	D	F+	A	
(gri mijloc) Craniu de animal	D	F+	Anat	
(gri mijloc) Două capete de indieni	D	F+	Hd	
(gri mijloc) Animale mici cu ochi și bot , Două animăluțe cu cornițe, pe picioarele dindărăt	D	F+	A	
(gri mijloc) Purici	D	F-	A	
(gri mijloc) Broaște țestoase, șoareci, iepuri	D	F-	A	
(gri mijloc) Animale “nu știu de care”	D	F-	A	
(gri mijloc,) Catarg	D[2]	F+	Obj	
(gri mijloc) Laringe și trahee	Dd	F+	Anat	Orig+
(gri lat.) Cărăbuș	D	F+	A	
(gri lat.) Rândunici, păsări cu gât lung	D	F+	A	
(gri lat.) Șopârle, salamandre	D	F+	A	
(gri lat.) Raci	D	F-	A	
(gri lat.) Șoareci	D	F-[4]	A	
(gri lat.) Căprioară, cangur	D	F-	A	
(gri lat.) Animale	D	F-	A	
(gri lat. margine) Ființă primitivă mergând	D	K+	H	
(albastru mijloc) Doi bărbați ce se țin peste o prăpastie	D	K+	H	Orig+
(albastru mijloc) Capete de animale, porci, vulpi, câini, elefanți	D	F+	Ad	
(albastru mijloc) Doi tauri mici	D	F-	A	
(albastru mijloc) Ca un animal heraldic	D	FC-	A	Orig-
(albastru lateral) Crabi, sepii, raci, caracatițe	D	F+	A	Ban

1 Preferabil Dd ca și răspunsul anterior
2 Preferabil Dd ca și următorul răspuns
3 Cotat de către RORSCHACH de două ori F- și o dată F+
4 Cotat de două ori F- și o dată FC+ de către RORSCHACH

(albastru lateral) Scorpioni	D	F-	A	
(albastru lat.) Mărăciniș sau pădure	D	F-	Pl	Orig-
(albastru lat.) Două albăstrele	D	FC+	Pl	
(albastru lat.) Plante de mare	D	FC+	Pl	
(albastru lat.) Lac cu afluenți	D	CF	Lac	Orig-
(galben mijloc) Doi câini	D	F+	A	
(galben mijloc) Capete de copii într-un nor	D	F-	Hd	
(galben mijloc) Soare și lună	D	CF-	Soare	
(galben lat.) Rinichi	D	CF-	Anat	
(galben+negru lat.) Canar	Dd	CF-	A	
(rosu mijloc) Două personaje fără cap plimbându-se .	D	K+	H	
(rosu+gri mijloc) Femei mergând una spre alta	D	K+	H	
(rosu+gri mijloc) Pompieri beți împing un stâlp	D	K+	H	Orig+
(rosu mijloc) Un munte pe fondul amurgului	D	CF	Munti	
(rosu mijloc) Carne	D	CF	Carne	
(rosu mijloc) Buzele mici ale vaginului	D	CF	Sex	Orig-
(rosu mijloc partea sup.) Cap de morsă	Dd[1]	F-	Ad	
(pete brune,mijloc) Cireșe	Dd[2]	FC+	Pl	
(pete brune, mijloc) Inima	D	Poz ?	Anat	

1 Preferabil D, OBERHOLZER l-a cotat D cu acordul lui Rorschach

2 Preferabil D ca și următorul răspuns

Capitolul 5
Cotarea/calcularea

I. Plasarea

Când sunt stabilite toate formulele, se cumulează toate elementele de același tip ale formulei făcându-se o structură numerică a întregului protocol, ceea ce numim cotare/calculare.

1.Numărul de răspunsuri şi timpul

Se va socoti numărul de răspunsuri care s-au notat în protocol (R, sau N). La bănuiala unui șoc cromatic (vezi capitolul următor), după ZULLIGER, e bine să fie luate în calcul numărul răspunsurilor de la ultimele 3 planșe, separat scriindu-se de exemplu „răsp.=34 (VIII-X 12)".

Timpul, adică durata totală a examinării notată în minute, MORGENTHALER recomandând jumătățile de timp să fie notate în paranteză, deci durata de la prezentarea planșei 1 și până la finalizarea planșei 5, și restul, de exemplu timpul =40 min (22/18).

De aici se calculează timpul de reacție. Se face diferența dintre timpul de reacție mediu (timpul mediu/răspuns, „response time") care reiese din raportul dintre durata experimentului și numărul total de răspunsuri și timpul de reacție propriu-zis („reaction time"), care este timpul dintre prezentarea fiecărei planșe și primul răspuns la ea. În general nu este necesar să se monitorizeze timpul cu cronometrul, pentru că poate avea un efect perturbator asupra subiectului, provocând nervozitate. Este de ajuns dacă se marchează în protocol pauzele lungi de gândire la anumite planșe, de exemplu planșa 6 cca. 1 ½ min pentru răspunsul „poate este blană de animale". Timpul mediu va fi influențat de timpul de reacție, în general fiind de ajuns să se coteze media timpului per număr de răspunsuri.

Numărul mediu de răspunsuri este de 15-20, în 20-30 min, timpul mediu de reacție fiind de un minut și ceva. Timpul de reacție mediu pe răspuns „response time" este în general mai mare decât timpul de reacție mediu pentru primul răspuns „reaction time" (BECK[1]).

La testul planșelor ZULLIGER se vor da 15 răspunsuri în 5-8 minute, astfel că timpul de reacție mediu/răspuns este între 1/3 și ½ minute[2].

FRIEDEMANN[3] recomandă analiza timpului astfel încât interpretările pentru planșele colorate să fie cotate separat de cele ale planșelor negre. Pare a fi mai avantajos să distingem toate cele 3 categorii de planșe și să cotăm un timp de reacție diferențial după cum susține MARIE BROMANN[4]. Se stabilește timpul de reacție mediu pentru toată cercetarea, iar

1 SAMUEL J. BECK, Testul Roschach, II, A. Variety of Personality Pictures, New York, 1949, p.53

2 HANS ZULLIGER, Testul- Planșelor – Zulliger, Seria 2, Bern, 1962, p.43

3 ADOLF FRIEDMANN, Observații la Psihodiagnosticul lui Roschach, Roschachiana II, p.58

4 Comunicare verbală

apoi cifrele corespunzătoare pentru planșele colorate, pentru cele roșii-negre și pentru cele negre. Toate acestea se fac cu două zecimale exacte. Exactitatea de jumătate de minut este suficientă. În ultimii ani am recomandat acest calcul, rezultatul nu a fost prelucrat statistic încă. Pare oricum că din această împărțire a timpului se pot constata la prelucrare o serie de regularități interesante. Din cauze încă necercetate timpii de reacție medii la planșele roșu-negre și la cele colorate se comportă contradictoriu: cu cât unul e mai scurt cu atât celălalt e mai prelungit și viceversa.

Propunerea lui FRIEDEMANN de a considera timpul de reacție la interpretările formelor colțuroase și închise în contradicție cu formele rotunde și deschise este demnă de a fi luată în vedere[1].

2. Sumele elementelor formulei

Diferitele tipuri de elemente ale formulei vor fi însumate și împărțite în 4 coloane / rubrici corespunzătoaree celor 4 componente ale formulei.

a. *Rubrica perceperii*. Aici se începe cu G, apoi D, Dd, Dim, Ddim, apoi urmează Do. Dim –urile vor fi cel mai bine luate în considerare ca grup individual, separat, analog pentru Dd. Diferitele G-uri secundare, ca DdD și DimD vor fi considerate grupuri independente *pe lângă* celelalte. DG, DdG și DimG *sunt G*-uri și când dorim să privim în ansamblu câte G-uri a interpretat subiectul nu am dori să adunăm diferite grupuri colaterale. Se recomandă să trecem în paranteză pe lângă cifra absolută a formelor percepute, tipul acestora, așa cum a făcut RORSCHACH însuși. La G-uri este de asemenea de trecut în paranteză câte din ele sunt forme pregnante, de exemplu G=11 (8+) (2DG+, 1 DimG+). Drept G + funcționează toate formele precise/pregnante/bune, fără a considera că este F, K, FClob sau FC. ClobF-, Clob-, CF- și răspunsuri C sunt în principiu G- și de asemenea forme proaste.

La cotarea Dim sunt de luat în considerare în afară de Dim și Ddim și combinațiile corespunzătoare (DimG, DimD, DdimD etc.). Dacă pe lângă 2Dim și 1Ddim, apare un DimG în grupa G și 2 Dim, în grupa D, 1 DimD, iar în grupa Dd 2 DdimDd, atunci această distribuție are aceeași valoare simptomatică ca și 5 Dim și 3 Ddim. (vezi exemplul nostru unde sumele coerespunzătoare sunt trecute în paranteze.)

Dacă la o categorie se constată doar o tendință fără a se găsi răspunsuri regulate ale acestei categorii, se notează „tendință” (de ex. Do= tendință). Dacă aceste răspunsuri există, iar altele arată aceeași tendință, se scrie „tendință la mai mult” (de exemplu Do=2 tendință la mai mult.)

b. *Rubrica determinanților*. Cel mai bine este să se înceapă cu K-urile după cum a făcut și RORSCHACH, chiar dacă ele nu există (K=0). Trebuie să se observe dacă și câte K apar. Dintre celelalte categorii se va menționa doar ceea ce este existent. Nu trebuie să se uite să se așeze în paranteză dacă K-urile sunt forme bune sau proaste, de exemplu K=8(+) sau

1 Op cit. p.57

K=6(1-), KC, Kclob (sau KFClob, KclobF) și foarte rarele F-K se protocolează separat[1], la fel și Kmic, care de asemenea va fi notat cu + sau -. După categoria K, urmează F. numărul de F- și F± va fi pus în paranteză și eventual notat dacă este imprecis, de exemplu F=12(3-, din care 1 imprecis, 2±).

Diferitele interpretări de umbrire și clarobscur pot fi împărțite după categoriile stabilite de BINDER, sau după practica lui RORSCHACH se consideră împreună aceste categorii și se trec categoriile lui BINDER alături. În interes de cercetare a doua soluție e de preferat, fiindcă aceste grupe, cu toate specificitățile lor au totuși anumite valori simptomatice comune. La naturile robuste nici măcar nu apar. (vezi exemplul nostru). În fine, cele trei categorii de răspunsuri cromatice/culoare urmează după acestea: FC, CF și C; Doar la FC rămâne să se scrie în paranteză + sau -. De exemplu FC=4 (1-) sau FC=5 (+). Dacă în spatele unui C se ascunde denumirea de culoare trebuie consemnat acest lucru. De exemplu C=3 (două denumiri de culori).

c. *Conținutul*: ridică multe probleme. Se recomandă măcar pentru grupele fundamentale să se respecte o ordine standard. De exemplu: H, Hd, A, Ad, anat., sex, Pl, N, Obj, Arch, Orn, hartă, iar apoi alim., scena, imagine, sânge, foc, nori, etc iar în final abstr., deci o trecere de la organic la anorganic. Trecerea obiectelor comestibile de la Obj la Alim. S-a dovedit foarte practică. Primele 4 categorii trebuie întotdeauna trecute chiar dacă numărul de răspunsuri este zero, pentru că existența lor și legătura cu aprecierea inteligenței, a contactului social și a instinctelor este de importanță majoră.

d. *Frecvența* constă în general în Ban și Orig., pentru că răspunsurile individuale sunt foarte rare. Dacă apar Ban în paranteză de preferință ar fi să se scrie două sume, de exemplu Ban=6 (8?), asta înseamnă 6 Ban obișnuite și alte două cu variante.

La Orig. Este de adăugat + și – fiind necesar a se preciza câte Orig. de domeniu apar. În ceea ce privește subgrupele Orig. este de ajuns să fie trecute cele mai importante originale de percepere, notate cu TP(Tip de percepere). Se scrie așadar Orig=26 (3-), (4 dom.+,5TP, din care 1-).

3. Procente și tipuri

Pentru final vom prezenta o serie de fracții și tipuri. În procente se socotesc doar următoarele categorii: forme bune, animale, răspunsuri Ban. și Orig.

a) *F+% (procentul de forme pregnant*e) este raportul procentual al răspunsurilor de forma bună și proastă față de numărul total de răspunsuri. Aici vor fi luate în considerare (în contrast cu G+) doar răspunsurile de forma pură.

K, F(C), FClob și FC nu vor fi luate în calcul. F- imprecise vor fi considerate, ca și cele difuze iar F± va fi socotită ca și unitate înjumătățită, de exemplu:

F = 40 (8-, 4 impr., 4±); F+ = (30 x 100) : 40 = 75%

1 Aceste combinații rare și valoroase nu se recomandă să fie tratate ca subgrupe (analog pentru DG), fiindcă faptic ele aparțin la două grupe și nu trebuie calculate de două ori. În acest caz sunt comparabile cu situația modurilor de percepere.

La calculul F+%, F- imprecise sunt luate ca F- obișnuite, dar la evaluarea globală e de ținut cont de această diferență. Dacă vrem să scoatem F- imprecis din cele rămase, iar apoi să calculăm F+% (ceea ce RORSCHACH nu a făcut), am obține o imagine eronată. Pentru că incapacitatea de a da unui răspuns un anumit tipar este –din orice cauză ar fi- un minus al capacității intelectuale. Din acest motiv nu a fost o idee fericită când psihologii americani au considerat răspunsurile de formă imprecisă (pe lângă răspunsurile cromatice și Clob.) ca un punct zero al unei scale a nivelului formei.[1]

La testul Z, s-a calculat F+% introducând și interpretările Clob. Astfel echivalarea ar fi: 1 FClob.= 1 F+, 1 Clob F=1 F±, iar 1 Clob.= 1F- [2].

În anumite cazuri se recomandă un F+% amplificat, K, FC, (FC) și F Clob. fiind adăugate la calculul F+%.

b) *A% (procentul animalier)* este raportul procentual dintre suma interpretărilor de animale și detalii de animale (A+Ad) la numărul total de răspunsuri, de exemplu: 40 răsp. 15 A și 5 AD interpretate, astfel încât A% = 50.

c) *Ban%* este raportul procentual dintre răspunsurile Ban și numărul total de răspunsuri. Dacă există răspunsuri (Ban), se recomandă să se calculeze două procente (vezi exemplul).

d) *Orig %* este raportul procentual dintre răspunsurile originale și numărul total de răspunsuri. Un Orig+% deosebit nu este necesar a fi calculat, numărul de orig+ fiind pus în paranteză. Dacă toate Orig. sunt bune se scrie (+), altfel se scrie (±), sau-/+, după caz dacă una sau alta dintresemne predomină. Dacă între multe originale bune se găsesc multe originale proaste se scrie (+-+), respectiv (-+-) după procentului original (vezi exemplu).

e) calculul *altor cifre procentuale* (G%, G+%, D%, Dim%, Do%, K%, C%, Pl%, obj.%) nu este necesară pentru diagnostic, pentru că, cu puțin antrenament putem trage concluziile de rigoare pe baza cifrelor absolute. Doar în cazul unor teme de cercetare speciale se vor compara calculele procentuale de acest gen. Calculul unui G% ar fi fără sens, pentru că G, după cum spunea KUHN în cercetările sale de statistică[3], nu corelează cu numărul total de răspunsuri și va fi interpretat doar pe baza numărului lor absolut.

Excepție fac răspunsurile anatomie. Când apar (ca și răspunsurile sex) în procente mai mari de 12 se recomandă a fi calculate și procentele Anat, pentru a putea afla gradul acestor forme speciale de stereotipie. Un procent Anat. de 0-12 nu are o semnificație anume și poate fi neglijat cu excepția bineînțeleasă a unor răspunsuri complexuale , cum de ex. la un cântăreț ambele răspunsuri anatomice și singurele au de-a face cu gâtul). Această limită de 12% provine de la ZULLIGER și are o valoare verificată în practică.

Și (H+ Hd)% poate da concluzii valoroase. PIOTROWSKI[4] consideră un (H+ Hd)% de 10-20 ca fiind normal.

f) Raportul opus modului de percepere într-un anumit protocol este denumit de către ROSCHACH *tip de percepere* (T.P.). El pornește de la media normală de 8 G, 23 D, 2 Dd

1 Vezi 1946 supliment la KLOPFER și KELLY, " The Roschach Technique"
2 HANS ZULLIGER, Testul – Planșelor – Zullige, seria 2, Bern, 1962, p.41
3 Anunțarea la al doilea Congres Internațional Roschach la bern, 1952
4 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p 344

și un Dim la 34 de răspunsuri. Acest tip mediu este numit tip G-D. Poate că 8G pentru media normalilor este puțin cam mare. Media G a celor normali nu ar trebui să se afle însă sub 6[1]. Dacă apare o suprapondere a G sau a D față de acest procent „mediu" se va sublinia această literă. Dacă apare o deplasare spre Dd sau Dim, sau apar mai mult de un Do, atunci intră și aceste categorii în desemnarea T.P. Câteva exemple ar putea să pună aceste lucruri în evidență:

10 G, 18 D, 1 Dd =	TP <u>G</u>-D
5 G, 26 D, 3 Dd =	TP G-<u>D</u>
8 G, 30 D, 4 Dd =	TP G-<u>D</u>-(Dd)
6 G, 25 G, 5 Dd =	TP G-<u>D</u>-Dd
8 G, 15 D, 6 Dd, 3 Dim =	TP <u>G</u>-D-Dd-Dim
4 G, 28 D, 6 Dd, 4 Dim, 2 Do =	TP G-<u>D</u>-Dd-Dim-(Do)
4 G, 16 D, 14 Dd, 9 Dim, 1 Ddim, 4 Do =	TP G-<u>D</u>-<u>Dd</u>-Dim-Do
2G, 18 D, 12 Dd, 4 Dim, 3 Do =	TP D-<u>Dd</u>-Dim-Do

Tipurile D sau Dd pure nu apar niciodată în materialul lui ROSCHACH și sunt foarte rare. Se distinge tipul G+ în care sunt date 10 răspunsuri G de formă bună și tipuri G- unde sunt date 10 răspunsuri G de formă proastă. Această ultimă categorie apare la schizofrenii indolenți.

g) prin *succesiunea* modului de percepere (succ.) se înțelege tipul secvenței care apare la diferite planșe. Există în general o tendință de a arunca o privire asupra întregii planșe și abia după aceea asupra detaliilor. D sar în ochi mult mai ușor decât Dd sau Dim, astfel succesiunea normală ar fi G, D, Dd și eventual Dim. Dacă subiectul se străduiește de fiecare dată să dea mai întâi interpretările G înainte de detalii, succesiunea este marcată ca fiind *rigidă*. Acest caz este foarte rar. În general nu se ajunge in totdeauna la un G sau apare o dezordine a șirului detaliilor și abia mai apoi se ajunge la un G. în acest caz succesiunea este „optimal rigidă", adică *ordonată*. Dacă se observă nereguli și apar G-urile sunt date de mai mult decât o dată după D-uri, succesiunea trebuie considerată *relaxată, laxă*. Dacă neregulile sunt atât de multe încât nu se mai observă vre-o regulă, atunci succesiunea este *aleatoare, disolută*. Dacă apar situații în care subiectul să înceapă cu Dd sau Do, trecând prin D și ajungând la interpretările G, succesiunea se notează ca fiind i*nversată*.

În practică apar pasaje care pot fi notate cu „ușor relaxată", „foarte relaxată", „relaxată spre disolută", „parțial inversată", etc.

Uneori succesiunea nu este constatabilă pentru că se va da doar câte un răspuns la fiecare planșă. În acest caz cel mai bine este să se scrie: succ.=?

Pentru că în protocoalele noastre nu apar succesiuni dezorganizate vom da un exemplu:

1 vezi SAMUEL J. BECK, Testul Rorschach, I Basic Processes, New York, 1944, p.83-84

Planșa	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	D	Dd	G	Dd	-	G	Dd	D	-	Dd
	G	-	G	Dd	-	Do	D	Dd	-	D
	-	-	G	Do	-	Dd	D	D	-	-
	-	-	-	G	-	D	-	Dd	-	-
						D				

h) Cel mai important raport numeric a întregii cotări este *Tipul de rezonanță intimă (TRI)*. Este vorba de raportul dintre răspunsurile kinestezice și cele cromatice. Calculul este foarte simplu, fiecare K fiind un punct. Pe partea culorii se ia 1CF ca unitate și se socotește 1CF = 1, 1FC = ½ și 1 C = 1½ . La răspunsurile KC se socotește un punct pentru fiecare parte la răspunsurile KClob, un punct pentru partea K. Kmic nu va fi socotit în cadrul TRI-ului. La 4K, 1KClobF, 3 Kmic, 4FC, 3CF și un C, TRI-ul va fi deci 6: 7 și ½ (4+1+1+0 : 2+3+1+1 ½). La apariția denumirii de culoare, cel mai bine este să se socotească două TRI unul cu și unul fără denumiri de culoare, valoarea simptomatică globală fiind acordată doar TRI-ului fără denumire de culoare. Se disting 5 grupe de TRI. TRI-ul este *coartat* când cifrele ambelor părți sunt la tipurile 0:0, 1:0, 0:1 și 1:1. La valorile până în 3 pe fiecare parte, TRI-ul este *coartativ*. TRI-urile care au pe ambele părți valori mai mari de 3 se numesc *ambiegale* de ex. 5:6, 8:8, 9:11). Dacă părțile K depășesc substanțial partea C, TRI-ul este *introversiv* (de ex. 5:2) La predominența părții cromatice TRI-ul este *extratensiv* (de ex. 3:8). La ultimele tipuri trebuie să mai diferențiem dacă partea mai puțin dezvoltată are valori mici sau este exclusă în totalitate. Dacă lipsește o parte în totalitate RORSCHACH vorbește de *introversivi fără extratensiune* (valori între 2 și n K și 0C), respectiv *extratensivi egocentrici* (valori între 0K și 2 până la n C).

i) *Tipul cromatic* (sau tipul color). Evident nu ne este indiferent din ce elemente se constituie partea cromatică. TRI de 6:6 se apreciază total diferit în funcție de cele 6 valori cromatice care sunt compuse din răspunsuri FC sau CF sau C, pentru că stabilitatea afectelor depinde de acestea. K.W.BASH a propus în acest scop termenii de tip *sinistrocolor* (formalul e la stânga cromaticului), *tip de mijloc* (forma și culoarea sunt relativ echilibrate) și tip dextrocolor (formalul e la dreapta, sau în urma părții cromatice) In ordine verticală se poate vedea cum forma este notată la stânga (FC) apoi e echilibrată (CF) și șn cele din urmă culoarea predomină (C). Aceste expresii pot fi ilustrate în următorul fel:

	12 FC, 0 CF, 0 C
Tipul stâng	10 FC, 1 CF, 0 C
	8 FC, 2 CF, 0 C
	5 FC, 2 CF, 1 C
Tipul de mijloc	4 FC, 4 CF, 0 C
	3 FC, 3 CF, 1 C
	2 FC, 2 CF, 2 C
Tipul drept	1 FC, 1 CF, 3 C
	0 FC, 0 CF, 4 C

j) *Indicele de atitudine* (BASH): TRI-ul presupune polaritate dublă (coartare-dilatare și extratensivitate-introversivitate) și întâmpină dificultăți la prelucrarea statistică. Pentru a elimina aceste dificultăți BASH a propus următoarele măsuri[1]: Dacă împărțim TRI-ul în două elemente K/C, obținem o valoare numerică numită de el indice de rezonanță (Erlebnis-Quotient, EQ). Toate valorile extraversive se află între 0 și 1, cele ambiegale sunt 1 și cele introvesive sunt între 0 și infinit. Acest lucru corespunde conduitei de funcționare al funcției trigonometrice a tangentei. Inversul tangentei (arctan) indicelui de rezonanță este expresia *lineară* a scalei introversie extratensiune, factorul de coartație respectiv dilatare fiind eliminat. Măsura corespunzătoare*, indicele de atitudine*, va fi așadar precizat de formula: IA = arctan (ΣB/ΣC). Astfel pentru TRI-ul 0:X (fără introversie, sau extratensiv egocentric). IA = 0, TRI extratensive ar avea o valoare a IA între 45 și 90. Introversivii nonextraversivi (X:0) ar avea un IA de 90, fiind o valoare extremă. TRI coartat (0:0) nu poate fi reprezentat în acest mod[2].

Cu ajutorul indicelui de atitudine se poate constata distribuția introversiei și extraversiei la nivelul populației. K.W. BASH (op. cit, p.338) susține că bărbații tind spre extratensiune, iar femeile spre intraversie, pe o populație elvețiană. La același razultat a ajun și LOOSLI-USTERI[3].

k) Nenumărați *alți indici* și tipuri au fost considerați pe parcursul timpului în testul ROSCHACH. Majoritatea sunt superflui, iar unii se dovedesc, la o analiză atentă, chiar inducători în eroare. În mod obișnuit la baza lor a stat strădania de-a simplifica o stare de lucruri. Dar interrelațiile psihice se lasă greu supuse cu forța ca și alte fenomene ale naturii. Bineînțeles că există și cifre ce reprezintă raporturi cu sens. Ca exemplu particular ar fi aici doar indicele de culoare a lui WAN DER WAALS, , care nu este util pentru diagnostic, dar este util în scopuri de comparare statistică. Este raportul dintre numărul de răspunsuri la planșele color și cel de la planșele negre, adică:

$$\frac{\Sigma \text{ răsp. (II, III, VIII, IX, X)}}{\Sigma \text{ răsp. (I, IV, V, VI, VII)}}$$

Un alt index folosit în scopuri de cercetare este indexul realității (RI) al lui ȘTEFAN NEIGER (comunicare personală). Următoarele 4 răspunsuri se numesc răspunsuri reale: 1. Orice interpretare K obișnuită la întreaga planșă III poziția a (oameni, maimuțe, diavoli, gnomi, spiriduși etc., dar nu și „schelete” sau „figuri” sau astfel de interpretări F); 2. Liliacul ca G la planșa V în orice formă, chir dacă nu e un Ban (ca de ex. în poz. c); 3. Orice figuri

1 K.W. BASH, Uber die Bestimmung und statistische Verteilung der introversion und extratension im Rorschach Versuch, Roschachiana, Vol.I, 1953, p.333 – 343 – K.W.Bash, Tipuri de raportare și tipuri de rezonanțe interioare: C.G. Jung și Hermann Roschach (engleză), Journ. Of Projective Techniques, Vol. 19, Nr. 3, p.236-242 (1955)

2 Cititorii care nu dețin tabelele trigonometrice, se vor orienta după tabelele simplificate a dividentului TRI și a valorilor, puse la dispoziție de Dr. BASH.

3 MARGUERITE LOOSLI USTERI, Manuel pratique du Test de Roschach, Paris, 1958, p.109, Ed germană, Bern, 1961, p.92

de animale Ban la părțile laterale ale planșei VIII ; 4. Orice figură de animal la planșa X ca D, indiferent că este Ban sau nu. Dacă răspunsul real este dat ca primă interpretare la planșă, este vorba, spune NEIGER *observare deplină*. *Observarea întârziată* este atunci când răspunsul real nu este prima intrpretare, iar *neobservarea* este atunci când el nu e dat deloc. Astfel indicele de realitate se calculează astfel: Pentru observare totală se dau 2 puncte, pentru cea întârziată un punct, iar pentru neobservare zero puncte. Numărul maxim de RI este de 8 puncte, optimul fiind de 6.

4. Formulare şi cartoteci

Există tipuri nenumărate de formulare Rorschach (tabulation sheets), multe dintre ele pline de rafinamente. Este chestiune de gust și de obișnuință dacă dorim să folosim aceste formulare. Calitatea muncii psihologică nu devine prin aceasta mai bună iar privitor la posibilitatea privirii de sinteză e de disputat. La unele lucrări avem aproape impresia că efortul finețurilor tehnice și conținutul psihologic sunt uneori într-un raport invers proporțional. Vizibilitatea sintetică e de o mare utilitate, dar cea mai simplă alcătuire e și cea mai vizibilă. Dacă se vrea disponibilizarea datelor esențiale ale materialelor brute cel mai bine se poate ajunge prin abordarea cartelelor de *cartotecă*. Din motive de economie de spațiu nu vom pune să se tipărească toate categoriile de formule și fenomene imaginabile. Într-un protocol se va scrie doar *ceea ce a reieșit,* exact în aceeași *localizare spațială și în aceeași ordine*. Astfel vom obține sistematizarea optimă. Este de ajuns un tip de cartotecă. Eventual se poate marca pe margine, prin perforare în stilul cartelelor peforate, categoria de obiectel observate, astfel încât la cercetări corelaționale, toate cartelele unei categorii să poată fi extrase ușor. Pe partea cealaltă a cartelei se poate face un rezumat al evaluării și eventual o prezentare a datelor clinice alături de diagnostic.

5. Exemplu

Vom da un exemplu construit parțial al unei cotări în care apare aproape tot ce se poate, pe cartela de cartotecă ar fi fost plasată la fel:

Cotare:

răsp.=66 (VIII-X=20)
timp=57 min.

reacție medie pentru:
toate=0,86
negre=0,88
negru-roșu=0,77
colorat=0,90
planșe

G=11(8+)	K = 8 (1-)		H=10	Ban. = 6(7?)
(2 G +, 1 DDG+,	KC = 2		Hd=11	Orig. = 22(1-)
1 DimG+)	KClobF = 1(+)		A=20	(5 dom. +)
D=29	Kmic. = 2 (+)		Ad=11	(6 T.P.+)
(3 DdD,2 DimD)	F = 38(5-. 2impr.2+)		Anat.= 1	
1 DdimD	F(C) = 8 →	2 DimDF (C)+	Sex.= 1	
Dd=16	FC = 4 +	1 FC+	Nat.= 1	
(1 DimDd)	CF = 1	3FClob+	Pl.= 1	
1 DdimDd)	C = 2	1ClobF	Obj.= 1	
Dim=8 (12)		1Clob.	Arch= 1	
Ddim=1 (3)	1 denumire de culori		Orn.= 1	
Do=1			Hartă= 1	
			Preparat= 1	
			Nori= 1	
			Grotă= 1	
			Foc= 1	
			Abstr.= 1	

F+=84%, A=47%,Ban=9% (11%), Orig=33% (± ±), T.P.=G-D-Dd-Dim, succ.= aerisită, TRI= 11:8 (fără denumiri de culoare: 11:6 ½)

II. Valorile simptomatice

În cotare intră mărimi noi a căror valoare simptomatică de bază nu a mai fost abordată până acum.

Aceasta va trebui să urmeze, dar încă sub reținerea că o prezentare a unor valori simptomatice valabile în fiecare caz concret nu este posibilă și că aceasta depinde de jocul reciproc al anumitor factori.

Un *număr de răspunsuri* mediu (între 15 și 30) apare după RORSCHACH, în afară de normali și la majoritatea organicilor (în majoritate aproape de limita inferioară), în melancolii și la schizofrenii remiși, fără disoluție, iar după PPFISTER și la debilii mental. *Sub* medie se află, dintre normali cei cu dispoziție depresivă cei fără chef, abulicii și ambițioșii calității, iar dintre schizofreni, închișii în sine și indolenții. Un număr de răspunsuri *peste* medie apare între normali la cei hiperactivi, bine dispuși, aplecații spre fantezie, la cei interesați, cei cu ambiția/ogoliul cantității și la cei cu natură de elev model; după RORSCHACH, (în acest punct se înșală) și la majoritatea debililor mental, apoi: epileptici, maniacali, schizofreni (chiar cazuri vechi), iar dintre organici cei cu plăcerea fabulării, paraliticii și bolnavi cu sindromul Korsakoff.

Timpul de reacție (response time) scurtat sub un minut au, după RORSCHACH maniacalii și schizofrenii (anume cei disoluți), pe când timpul de reacție prelungit peste un minut se întâlnește la epileptici, organici și depresivi, iar după PFISTER și la debilii mental. Timpul de reacție la fiecare răspuns a fiecărei planșe (reaction time) este mult mai mare în cazul demenței decât în cazul depresiei (BECK[1]).

1. În conținut, în afară de măsurile absolute și tendința globală (orientarea intereselor, nivelul de educație) este de o importanță majoră și raportul relativ al primelor 4 categorii numite. La normalii inteligenți în general H>Hd. Inversarea acestui raport înseamnă ori o dotare intelectuală micșorată, sau o tendință depresivă sau anxioasă. Și în raportul A:Ad, este normal A>Ad, inversării acestui raport i se atribuie o valoare simptomatică corespunzătoare inteligenței sub nivelul mediu, depresiei sau inhibiției afectelor. În special la copii, la nivelul "totemic" al raportul Ad>A, este un simptom de anxietate, deoarece aici animalele substituie oameni (ZULLIGER, Tafeln-Z-Test,p. 256) Și în acest caz, diminuarea inteligenței se referă doar la performanța imediată. (Privitor la cea nativă și la posibilitățile eventuale de mai bine, poate fi decis doar din raporturile reciproce ale tuturor factorilor). Această scădere se referă în primul rând la inteligența practică, fiindcă răspunsurile A au cu inteligența o legătură asemănătoare cu D.

2. Lipsa H sau Hd, sau un (H+ Hd)% scăzut, ține de tulburări de comunicare în mediul uman. Un (H+ Hd)% ridicat semnifică interese sociale puternice și compasiune. Poate însă seminfica o legătură maternală strânsă sau poate avea legătură cu trebuința de apartenență și iubire. Este vorba de legătură maternală atunci când în protocol apar G CF sau Gim CF.

3. F+% este un factor component important în aprecierea inteligenței revenindu-i o afinitate cu *vigilența, acuitatea observației* și cu *capacitatea de concentrare*. Cei proști au un F+% scăzut fiindcă nu au capacitatea de a observa, cei nervoși suferă de tulburări de concentrare. Prin aceasta nu susținem nicidecum că scăderea lui F+%, în cazul unor semnale concomitente că ar fi existat o dotare inițială bună, ar fi neapărat datorită unei tulburări a capacității de concentrare. Poate fi tulburată *capacitatea ecforică*, chiar în prezența unei engrame acute. Iar aceasta poate fi cauzată de o tulburare de observare, sau de o tulburare

1 SAMUEL J. BECK, The Rorschach Test, II, New York, 1949, p.53

de memorie privitoare la trecut. Astfel de tulburări se regăsesc în stări organice diverse, dar și în tulburările funcționale de ecforare ale pseudodebililor. F+% poate fi văzut până la un anumit grad ca o funcție a supraeului, astfel încât un F+% maxim să reprezinte un supraeu puternic, cum poate fi observat la nevroticii compulsivi și în depresii[1].

4. *A%* este în urma condițiilor specifice testului *indicatorul stereotipiei*. Arată cât de ușor sau cât de greu pot fi făcute asociațiile. Cu cât A% este mai scăzut cu atât mai dinamică este gândirea, cu cât A% este mai ridicat, cu atât gândirea este mai dificilă. Tendința spre stereotipie (A% ridicat) poate avea cauzele cele mai diverse: carențe intelectuale, imobilitate, convenționalitate, sau rutinizare profesională rigidă, în cazul inteligenței normale (ceva în sensul „Eului profesie" al lui SZONDI), iar în cazul unei vârste înaintate (A% crește cu vârsta), dispoziția depresivă, anxietatea, demența schizofrenică sau organică. Prin studiile făcute pe parcursul anilor s-a demonstrat micșorarea dinamicii cu cât înaintăm în vârstă. Gândirea de rutină, este mai puțin influențată de vârstă decât formarea noilor aociații[2]. La A% trebuie avut în vedere dacă nu cumva cealaltă categorie de răspunsuri preia rolul indicatorului de stereotipie (anat., pietre, crengi, flori, etc., uneori răspunsurile determinate profesional, precum linii de țărm sau hărți la geografi, preparatele histologice la medici, etc); Dacă nu este cazul, atunci A% scăzut la normali semnifică o gândire artistică mobilă, care este și liberă de unilateralitățile profesionale (Paradoxal, epilepticii au un A% scăzut). ZULLIGER a găsit un A% scăzut împreună cu un tip de percepere distribuit și în tulburări de concentrare ca de exemplu în hipomanie[3].

5. *Ban%* este (alături de cifrele absolute de ban, acestea fiind limitate) un indicator pentru adaptarea socială a gândirii. La debilii mental și la bolnavii psihic poate da adesea indicii privind capacitatea de contact și adaptare, la psihopați fiind însă un important indicator în ceea ce privește prognoza (ban% într-o direcție pozitivă).

Pentru indexul de realitate al lui NEIGER (RI) sunt valabile următoarele: un RI de 0-4 puncte apare la controlul realității aplastic și hipoplastic, la copii, nevrotici și bolnavi psihic cu control al realității perturbat (isterici, epileptici genuini și traumatici, schizofreni și organici). Acesta înseamnă mereu o relație perturbată cu spațiul, timpul și valorile, o separare de lumea exterioară, fie, în cazul unui eu slab, care a fost supus unei presiuni exterioare sau de conștiință, și trăiește astfel într-o lume a viselor, sau în cazul unui eu puternic, dar autist, care întrece chiar rigorile realității. Un RI de 0-1 nu apare niciodată la adulții sănătoși, un RI de 2 foarte rar (cca. 3%), un RI de 3 rar cca. 6%. Un RI de 5-7 puncte apare la adulții normali cu o relație bună cu spațiul, timpul și valorile, la copiii supra-maturizați sub 14 ani (copii model sau greu educabili) și la bolnavi psihic cu control bine menținut al realității (în principal maniaco depresivii). Un RI de 8 (la copii 6,7) puncte înseamnă un control al realității hiperplastic. Îl regăsim la tineri sub 18 ani, la formaliști, hiperconvenționali și la

1 SAMUEL J. BECK, The Rorschach Test II, New York, 1949, p.352
2 ZYGMUNT A. Perceptanalysis, New York, 1957, p.119
3 vezi J.G.GILBERT, Mental Efficiency in Senescense (Journal of Abnomal and Social Psychology, seria 36, 1941, p.73-86), aici citat după SAMUEL GRANICK, Studies in the Psychology of Senility. A. Survey (Journal of Gerontology, Vol.5, nr. 1, ian. 1950)

„fuga în banalitate”, iar patologic în compulsii și depresie (adesea în melancolie, dar și în alte tulburări psihice circulare). Un RI de 8 pledează cu mare probabilitate împotriva isteriei, epilepsiei, tulburărilor psihice organice și a schizofreniei manifeste.

6. orig. % este un semn pentru originalitatea gândirii, fie că e mai mare, fie că e mai mică. Trebuie avut în vedere și de ce profesie este subiectul. Important este însă daca originalitatea este bună sau rea. Originalitate predominant proastă este un semn a tulburărilor intelectule sau nevrotice. În același timp însă împărțirea originalității pe diferite moduri de percepție și pe tipuri de răspunsuri originale (originale-motiv, de prelucrare sau de percepție) au un rol important în aprecierea orig%.

7. *Tipul de percepere* își găsește întrebuințarea în aprecierea calitativă a inteligenței, factorul G corespunzând capacității de a vedea în ansamblu, sistematicii și gândirii teoretice, factorul D corespunzând inteligenței practice iar factorul Dd înclinării spre meticulozitate și hărniciei. Cu cât TP se apropie de tipul G+, cu atât mai mare este dorința de calitate, în timp ce ambiția spre cantitate tinde mai degrabă spre înmulțitrea Dd. O deplasare spre latura Dd poate însemna și predispoziție depresivă sau compulsiv nevrotică și agresivitate anală. Dealtfel TP poate reflecta într-un anumit grad și nivelul răspunsuri, la factorul G corespunzând creșterii nivelului răspunsurilor. Fiindcă anxietatea și depresia scad nivelul răspunsurilor, influența lor duce la o tendință spre latura Dd, după cum se știe eșecul scade nvelul răspunsului și de aceea TP devine mai sărac.

8. *Succesiunea* este un indicator al fluenței gândirii, a școlarizării și a disciplinării logice. Totodată el este și un indicator al funcțiilor sintetice ale eului[1]. Succesiunea rigidă se regăsește acolo unde gândirea urmează niște pași stricți, în cazul birocrației, armatei, etc. Succesiunea ordonată se întâlnește la oameni ce gândesc clar și la cercetători, nevroticii și artiștii având o succesiune laxă. Schizofrenii și schizoizii au o succesiune disolută, aleatorie.

Este evident că dacă cineva care nu mai găsește răspunsuri noi pentru D, având tendința de a interpreta cât se poate de mult, în final ajunge la Dd. Cu totul altfel este în cazul în care răspunsurile Dd la o planșă vor fi primele, iar subiectul trece la D și eventual la G mai târziu. Acesta este cazul succesiunii inversate. Ea este un semn al precauției anxioase în sensul că subiectul nu are curajul de a începe cu sarcinile mari, de bază.

O inversare a interpretărilor de la D la G se poate întâlni la o gândire constructivă, la inteligență inductivă, la artiști, acești indivizi fiind obișnuiți să extragă asociațiile din empiric.

După ZULLIGER[2] mai există și o altă formă de succesiune de o mare importanță. El pornește de la ipoteza lui ROSCHACH, că nu este indiferent dacă subiectul trece de la detaliile laterale la cele mediane sau invers, de la cele mediane la cele laterale. Percepția lateral-mediană apare la oportuniștii practici , cei dexteri apucători ai concretului, orientați spre manualitate; perceperea median-laterală apare la cei care sunt conștienți de scopurile lor, care acționează precaut, reflexivi, la cei mai puțin siguri pe ei, dar mergând sistematic

1 HANS ZULLIGER, Praxis des Zulliger-Tafeln-und Diapositiv-Tests und ausgewählte Aufsätze, Bern și Stuttgart, 1966, p.134 et passim.
2 FRITZ SALOMON, Ich Diagnostik im Zulliger Test, Bern, 1962, p.170

pe drumul lor. La predominanța crispată a mijlocului planșei sau petei putem vorbi de o nesiguranță anxioasă.

9. Dacă am dori să aruncăm o privire de ansamblu asupra valorilor simptomatice ale *tipului de rezonanță intimă (TRI)*, ar trebui să trecem în revistă aproape jumătate din „psihodiagnosticul" lui RORSCHACH. TRI este aspectul central al întregului experiment și aproape toți factorii vor fi raportați la acesta.

TRI reflectă modul de raportare a personalității la Eu și la mediu. S-a constatat că K reprezintă viața interioară a personalității, în timp ce răspunsurile cromatice corespund reacțiilor la mediu. Acest lucru poate fi înțeles și teoretic dacă avem în vedere faptul că senzațiile și reprezentările kinestezice, care stau la baza răspunsurilor K, aparțin senzațiilor proprioceptive (în sensul lui SHERRINGTON), în timp ce lumea culorilor nu va fi exprimată doar prin senzații exteroceptive ci și printr-o relație cu reacțiile afective direcționate spre exterior.

Această diferențiere între fiziologie și psihologie scoate la suprafață dihotomiile (LOCKE) „sensation", cu sensul de extern, și „reflection" cu sensul de intern.

> Această determinare a valorilor răspunsurilor C și K este valabilă doar în linii mari, în situații „şlefuite". După cum am văzut tendințele se împart în „cele înspre lume" și „cele dinspre de lume". Asemănător este și în cazul culorilor. După cum susținea GOLDSTEIN și ROSENTHAL[1], privind influența culorilor, roșul și galbenul provoacă o tendință spre mișcări înspre exterior iar verdele și albastrul o tendință spre mișcări dinspre exterior spre interior. „Astfel putem conchide că atractivitatea mediului la roșu sau galben e mai mare decât la verde și albastru și, în acest sens, ultimele duc la o îndepărtare de stimul și la o retragere a organismului spre centrul său".

Din cauza acestei relații cu viața interioară și mediul, RORSCHACH a ales termenii de introversiv și extratensiv. El atrage atenția că noțiunea de introversiune are poate doar numele în comun cu termenul de introversie al lui JUNG.

Prin prisma lui RORSCHACH introversiunea lui K este doar o însușire umană, o tendință, un proces, nu o stare. Același lucru este valabil și pentru opusul lui; extratensiunea nu înseamnă extraversie. După cum susține K.W.BASH în lucrarea sa „Tipuri de raportare și tipuri de percepții: C.G.JUNG și HERMANN ROSCHACH"[2], teoria și tipologia lui JUNG, odată cu apariția „tipurilor psihologice" (1921) s-a dezvoltat în aceeași direcție ca și termenii lui RORSCHACH, astfel că practic nu există diferență între cei doi.

Din TRI se poate vedea dacă una din aceste tendințe preponderează sau dacă ambele sunt la fel de dezvoltate. În cazul *ambiegalilor* trebuie să alterneze ambele tendințe. Ele trebuie să se retragă în sine, în pauza creativă pentru a crea noi impulsuri. Ele simt chemarea lumii exterioare dacă au stat destul timp retrase de lumea exterioară. Faptul că acesta e modul de lucru al geniului a fost recunoscut corect de către Rorschach. La TRI *introversiv* este vorba de o inteligență diferențiată cu mai multă productivitate proprie, tinzând spre lumea interioară, o afectivitate stabilizată, un raport mai degrabă intensiv decât extensiv

1 HANS ZULLIGER, Einführung in den Behn-Rorschach-Test, Bern, 1941, p.105-106

2 K.GOLDSTEIN și ROSENTHAL, Zum Problem der Wirkung der Farben auf den Organismus, Schweiz. arhiv f. neur.und psih., Vol.26, 1930, p.10 și 23

(sferă de relații mai mică dar legături mai intime), motricitate stabilizată, capacitate redusă de adaptare la realitate.

La TRI *extratensiv*, predominantă partea colorată, caracterul arată o inteligență stereotipizată, mai multă reproductivitate din viață exterioară, labilitate afectivă, raport mai degrabă extensiv decât intensiv (sferă de relații mare, dar cu legături mai superficiale), motricitate labilă, capacitate de adaptare la realitate.

TRI *coartate* și *coartative* apar la oameni mai rigizi, seci, cu tendințe spre pedanterie, productivitate proprie scăzută, rezonanță afectivă scăzută. Ei pot cu o inteligență reproductivă să îndeplinească fapte mari și sunt valorizați pentru gradul mare de încredere ce poate fi avut în ei. Alături de astfel de „normali" astfel de TRI se întâlnesc adesea la depresivi, la nevroticii compulsivi și la caracterele compulsive, precum și la schizofrenii remiși.

O întrebare neclară ar fi în ce măsură se corelează TRI cu tipurile de reprezentare psihologică (vizual, auditiv, motric, tactil etc). Dacă cercetătorii clasici, precum CHARCOT, FECHNER, GALTON au considerat că tipul imaginativ este același la un individ privitor la toate reprezentările, s-a demonstrat că același om poate avea reprezentări reprezentări acustico-motorii verbale și reprezentări obiectual formale vizuale, la fel ca și reprezentări numerice etc. Majoritatea oamenilor aparțin tipului mixt.

TRI nu este o mărime fixă, nemodificată. Influența alcoolului și a drogurilor poate să îl modifice pasager, în cazul alcoolului în general în direcția extratensivă. După STAUDER[1] alcoolul dilată TRI la fel ca și somniferele (și duce la perseverații) Dispoziția ridicată dilată, cea depresivă sau oboseala îngustează (coartează) TRI, fără să modifice rapoartele calitativ. O deplasare spre partea introversiunii influențează „buna dispoziție" si concentrează travaliul spiritual creativ concentrat („inspirația"), în timp ce consumul de impresii externe acționează extratensiv.

În mod corespunzător există modificări ale TRI cu vârsta. Dacă TRI al copiilor foarte mici e dilatat (ambiegal sau extratensiv), la vârsta școlară devine coartat sau coartativ, ca să se dilate din nou la pubertate. După BEHN-ESCHENBURG băieții la pubertate au manifestat o mai mare introversivitate (productivitate, independență, originalitate), si o capacitate de coartație sporită (abstractizare, obiectivitate) la o vivacitate afectivă redusă, iar fetele dimpotrivă , o mai mare extratensivitate (reproductivitate) și o adecvabilitate afectivă, capacitate empatică și vivacitate mai mare. La sfârșitul maturizării, la cca 30 de ani apare o tendință spre introversiune și atunci este perioada celei mai mari variabilități. Abia după 40 de ani introversivitatea începe să scadă și începe o lentă coartare care continuă după 60 spre senium, dar la care demența senilă aduce cu ea o nouă extravertire. (vom vedea mai încolo că aceasta nu este singura reacție infantilă a senililor.)

Există însă alte corelații interesante privind tipurile de trăiri. SIIPOLA și TAYLOR[2] au găsit tendința K ca fiind tipică pentru oamenii care dețin capacitatea de a amâna, toate acestea fiind în opoziție cu tendința spre culoare a impulsivilor.

---

1 KARL HEINZ STAUDER, Konstitution und Vesenanderung der Epileptiker, Leipzig, 1938, p. 43

2 ELSA SIIPOLA și VIVIAN TAYLOR, Reactions to inkblots under free and pressure conditions, J.Pers, Vol. 21, 1952, p.22-47, citat după JEROME L. SINGER, OVSIANKINA, Rorschach, Psychology, New York, 1960, p.229-232-233

În viziunea lui SALOMON[1], interpretările Clob au o relație pozitivă cu introversia, apariția lor mărind gradul de introversie.

Tipul de rezonanță intimă, care este cel mai important factor, nu este încă cheia cu care am putea deschide toate ușile sau după cum spune ROSCHACH: „el arată cum trăiește omul anumite rezonanțe și nu cum supraviețuiește el în general“[2]. El spune ceva despre aparatul care ar putea trăi cu subiectul, el nu poate spune care părți ale aparatului pot activa subiectul.

1 FRITZ SALOMON, – Ich-Diagnostik im Zulliger-Test (Z-Test)., Bern, 1962, p.67
2 HERMANN ROSCHACH, Psihodiagnostic,p.83

Capitolul 6
Fenomenele speciale

Am colectat până aici datele pur formale ale "materialului brut" și am putea începe cu evaluarea, dar nu vom ajunge prea departe cu aceasta, mai ales la protocoalele patologice. Testul Rorschach mai conține un număr mare de factori care nu pot fi măsurați și evaluați cifric (le-am putea numi "*Imponderabile*"), dar care sunt de o mare importanță pentru evaluarea corectă a testului. Le vom trata în acest capitol sub denumirea generică de "fenomene speciale" și le vom prezenta mai întâi rezumativ sub forma unei liste .

Această procedură provine din practică. Chiar cel mai rutinat expert își poate concentra cu greu atenția asupra tuturor anomaliilor demne de luat în seamă pentru a fi utilizate dintr-un protocol și *cu atât mai dificil* este aceasta pentru cineva mai puțin experimentat. Se întâmplă mereu ca ceva important să fie trecut cu vederea. Apare astfel nevoia firească de-a avea la îndemână o *listă standard*, cu particularități diagnostice importante, pe care o putem trece în revistă după terminarea cotării si calculării protocolului. S-a constatat că e util să avem în această listă și *categoriile de răspunsuri* , importante pentru evaluare, care apar *mai rar* și care pot fi înregistrate în mod special după calculare, cum sunt spre ex. K-, Ksec, răspunsurile perspectivă, răspunsurile cifră, sau poziție, etc.

Această listă s-a constituit ca un soi de "aide-mémoire", care poate fi trecut în revistă, după fiecare calculare, bucată cu bucată, pentru a constata care dintre fenomenele listate apar în respectivul protocol. După calculul elementelor formale se înscriu în protocol, în ordinea aceasta, în mod individual, fenomenele corespunzătoare, iar în cazul fenomenelor de șoc este obligatoriu , să se înscrie și o scurtă descriere/documentare (de ex. observație II, primul răspuns VIII, sucesiune IX). Este oricum necesar, cel puțin la fenomenele marcate cu (.....) să fie menționată *planșa la care apar*, pentru a putea nuanța și trage concluziile corespunzătoare. Cu o notă de tip "șoc cromatic" nu se surprinde nimic, dacă nu se știe la ce planșă și în ce grad a apărut șocul. Cu atât mai mult pentru cei care vor ține o cartotecă de protocoale, fiindcă altfel din acestea nu mai transpare protocolul. O mare parte din aceste fenomene au fost observate și descrise de către RORSCHACH însuși. Altele provin de la cercetători ulteriori și au fost desemnate prin numele autorilor care le-au descris, pentru o mai bună orientare. Dintre propriile mele observații, anume descripțiile kinetice, pseudo C-urile, și asociațiile acustice nu au fost publicate până acum, iar stupoarea sexuală a fost menționată doar pentru o parte anume (vârful în Pl. II).

Ordinea listei este doar într-o mică măsură aleatoare. S-a încercat să se pornească de la cele mai generale spre cele mai speciale/rare, iar manifestările asemănătoare (precum șocurile, stereotipiile, răspunsurile rare de un anume tip) au fost, în măsura posibilului, grupate. Fiindcă există protocoale la care astfel de fenomene sunt de ordinul zecilor, devine astfel rezonabilă notarea lor mereu *în aceeași ordine*, pentru a putea fi surprins dintr-o singură privire, ce anume apare și ce nu.

După calculare și după ce am parcurs lista și s-au notat (și uneori descris parțial) fenomenele de acest tip, se încheie "înregistrarea componentelor". Abia apoi putem începe adevărata evaluare.

Prezentăm mai întâi lista standard și vom parcurge apoi fiecare punct pas cu pas pentru a le identifica mai îndeaproape.

Lista fenomenelor speciale

(în locul .... se înscrie planșa la care apar)

1. Renunțarea, recuzarea, refuzul (......)
2. Conștiința interpretativă (acută, slabă, lipsă)
3. Critica obiectului și autocritica (FRÄNKEL și BENJAMIN)
4. Șocul cromatic (.....) (eventual cu atracția culorii)
5. Șoc cromatic întârziat/amânat (ZULLIGER)
6. Șoc cromatic supracompensat (BOHM)
7. Șocul la roșu (....)
8. Atracția la roșu (ZULLIGER)
9. Șocul la negru (....) (evtl. atracția la negru) (BINDER)
10. Soc la negru supracompensat
11. Fenomen de ruptură (IV sau VIII) eventual dublu (BOHM)
12. Șocul la albastru (BOHM)
13. Șocul la brun/maro (SALOMON)
14. Șocul la alb (BOHM)
15. Șocul la gol (ORR)
16. Șocul kinestezic (LOOSLI-USTERI)
17. Combinații (simultane și successive)
18. Descrieri (....) (eventual descrieri clarobscure)
19. Descrieri kinetice (....) (BOHM)
20. (pseudo C) (BOHM)
21. Denumire de culoare
22. Interpretări clarobscure (Clob) primitive
23. Interpretări clarobscure intelectuale (BINDER)
    - Denumiri de clarobscur
    - Reminiscențe "științifice"
    - Simbolică clarobscură
24. Inhibiții sofropsihice (BINDER)
25. Răspunsuri CF și ClobF prelucrate (BOHM)
26. Impresii (.....) (ZULLIGER)
27. Simetrie(.....)
28. Răspunsuri sau, sau (alternative) (ZULLIGER)
29. Interpretări de perspectivă

30. Pedanterii de formulare
31. Confabulații (respective combinații confabulatorii)
32. Contaminări
33. Kinestezii (k-uri) secundare (eventual F-K conf.)
34. Kinestezii reprimate (eventual Kmic) (BOHM)
35. K-ul cu dublu sens (ZULLIGER)
36. KC cu senzații corporale (ZULLIGER)
37. Perseverațiile
    a) Forma brută
    b) Aderarea la tema de bază (BOVET)
    c) Tipul ruminativ (BOHM)
    d) Perceptional perseveration (GUIRDHAM)
    e) Perseverarea părții percepute (BOHM)
38. Stereotipiile anatomice (eventual cu perseverație)
39. Perseverație de părți ale corpului
40. Perseverație de fețe
41. Răspunsuri cu conținut infantil(LÖPFE) (eventual interpretare pars-pro-toto, ZULLIGER)
42. Interpretări inverse (formal infantile) (WEBER)
43. Abstracții infantile (formal infantile) (ZULLIGER)
44. Detalierile (MEREI, ZULLIGER)
45. Repetările
46. Valorizările
47. Relatarea la sine, implicarea propriei personae
48. Raspunsuri cifră/număr
49. Răspunsuri poziție (eventual răspunsuri poziție anatomice)
50. Concretizări (BINSWANGER)
51. Albul și negrul ca valori cromatice
52. Negarea culorii (PIOTROWSKI)
53. Culori pestrițe /policrome la planșele negre (PIOTROWSKI)
54. Culoare falsă (MEREI)
55. Dramatizarea culorii (MEREI)
56. Răspunsurile EQa (GUIRDHAM)
57. Răspunsurile EQe (GUIRDHAM)
58. Răspunsurile KF (KLOPFER, PIOTROWSKI)
59. Răspunsurile k(ob) (KLOPFER)
60. Neclaritae subiectigvă privind modul de percepere (PFISTER)
61. Accentuarea centrului, accentuarea periferiei (ZULLIGER)
62. Asociațiile acustice
63. Inhibiția de instalare (BOHM)
64. Iluzia asemănării /identității (.....) (BOHM)

65. Renegarea, tăgăduirea
66. Negarea (eventual răspunsuri în formă interogativă)
67. Contopirea fond formă (....) (BOHM)
68. Cenzura (inițială si finală) (BOHM)
69. Stupoare la simbolul sexual (gaura din mijloc I, vârful II, bucle III, vârf IV, vârf VI, prelungire VI, ouă VI, mijloc VII, prelungiri VII, mediana IX) (BOHM)
70. Interpretări de mască (grupa I, II, III) (KUHN)
71. Oglindiri
72. Tulburări amnestice de găsire a cuvintelor
73. Agravare (eventual alte observații clinice)
74. Răspunsurile complexuale

1. *Renunțarea / recuzarea*. Cea mai generală și concomitent cea mai brută tulburare a procesului funcțiilor psihice în derularea preluării testului este renunțarea. Ea constă într-o întrerupere/sistare bruscă a interpretărilor la o anume planșă, dintr-o neputință sau a unor dificultăți vădite de-a rezolva sarcina de semnificare/interpretare la respectiva planșă. Renunțarea se datorează îndeobște unui stupor (o inhibiție sau blocare a procesului gândirii), iar în cazuri rare, unei absențe, ori disocieri de conștiință epileptoide sau psihastenice (stare crepusculară).

În cazul unei inhibiții pur depresive, apare de obicei încă o interpretare; ea nu duce de fapt la o autentică renunțare. Pentru a constata dacă este un blocaj ușor sau unul mai puternic, experimentatorul va trebui să facă *încercarea de- de-a rupe stuporul* printr-o încurajare verbală precautǎ. Dacă subiectul renunță, si încearcă să returneze planșa, spunând "Nu, nu mai știu", sau " Aici nu pot să văd nimic", experimentatorul va spune liniștit: "Mai încercați, aveți timp, o să meargă", sau "Ceva totuși vă vine în minte" sau "Luați-o ușor", ori ceva similar. Se mai așteaptă un timp, iar când nu funcționează, se cedează. Dacă stuporul nu cedează atunci putem să ne gândim la schizofrenie, mai ales la blocajul acut, brusc, la o planșă anume. Acesta nu e desigur un diagnostic diferențial precis; fiindcă pe de-o parte și la schizofreni apar inhibiții mai ușoare, iar pe de alta, blocajele afective ale nevroticilor ("stupor afectiv") pot fi foarte mari și de netrecut. În cazul unor absențe sau stări crepusculare scurte, subiectul nu reacționează de loc la încurajare și apare de obicei o amnezie retrogradă pentru scurte episoade.

Important e *la ce planșă* apare renunțarea. Din experiența Rorschach, cele mai frecvente renunțări apar la planșele II, IV, VI și IX și asta din motive de înțeles. Planșa II conține prima dată roșu, care produce nu numai șoc cromatic ci și șoc la roșu, care va tulbura mai mult procesul perceperii. Planșele IV și VI masiv obscure/întunecate produc cu maximă șansă șocul la negru, iar planșa IX prezintă cel mai puternic șoc cromatic și de aceea e dificil de semnificat. La schizofreni apar renunțări și la planșele "ușoare" (III, V), în timp ce reușesc să le interpreteze pe cele mai dificile.

Renunțarea este în majoritatea cazurilor doar un simptom de șoc și semn al unei nevroze sau psihopatii. Dar poate să fie și un semn al complexului de inteligență, iar în psihoze apare

mai mult în schizofrenii şi in stările organice. Nici la normali renunţările nu sunt ceva neobişnuit (vezi WIEGERSMA[1]), întrucât trasături nevrotice uşoare sunt considerate astăzi ca aparţinând "normalului". Conform unei cercetări ale lui JÜRG SCHAFFNER[2] există o "proporţie inversă univocă între numărul de renunţări si numărul total de răspunsuri". Protocoalele cu puţine răspunsuri sau cu multe renunţări semnifică, după părerea lui, inhibiţii, sărăcie a observaţiei, sau productivitete scăzută. Renunţările autentice sunt de luat în considerare, doar la protocoale cu peste de 20 de răspunsuri. In afara acestor cazuri, renunţările sunt considerate semne ale unei anomalii doar dacă numărul lor contrazice corelaţia găsită de SCHAFFNER, sau când „corespunde numărului de răspunsuri, dar acesta e aşa de mic încât el însuşi cade în registrul anormalităţii".

2. *Conştiinţa interpretativă (atitudinea interpretativă).* Semnificarea petelor Rorschach, adică percepţia intrapsihică a "procesului de comparare între complexul sensorial şi engramă" este după Rorschach doar o "varietate, o formă deosebită de percepţie"(p.18). De altfel, la fiecare percepere a unui lucru se petrece un astfel de proces de comparare. Doar unde discrepanţa dintre obiectul perceput (pată) şi engramă este atât de mare încât acest proces de comparare este el însuşi perceput, vorbim de "semnificare /interpretare." Unde nu există această discrepanţă imaginile nu mai sunt interpretate ci definite, denumite, identificate. SALOMON vorbeşte aici de "obiectivare" a unei interpretări (Ich-Diagnostik, p.154)

Conştinţa "interpretării" ca de la sine înţeleasă, este considerată în testul Rorschach, ca un comportament "normal", chiar dacă nu e exprimată explicit. Anume faptul că petele nu reprezintă precis ceva anume. In anumite cazuri această conştienţă a interpretării este *mai acută*, iar subiectul afirmă spontan şi adesea repetat că ceea ce e in planşă nu e desigur obiectul interpretat ci că poate fi privit aşa, aminteşte de, sau are o oarecare asemănare cu, ş.a.m.d. Aceasta survine mai ales la depresivi sau la pedanţi precum şi la psihastenicii cu sentimente de înstrăinare.

Contrariul este o conştiinţă interpretativă scăzută. In cazuri rare, la schizofreni sau la debili mental, conştiinţa interpretativă e total *absentă.* Ei sunt complet convinşi că văd "imagini", iar debilii pot manifesta, chiar la cele mai proaste interpretări, un sentiment autentic de victorie, o conştiinţă a evidenţei, că au găsit "adevăratul" lucru din planşă.

Mult mai ades apare o reducere a conştiinţei interpretative de grade mai mici. Subiecţii dau de înţeles că nu sunt în clar cu procesul de interpretare. Ei întreabă: "Este corect?", "O să vă rog să-mi spuneţi la sfârşit ce reprezintă cu adevărat?", dovednd astfel că s-au gândit la posibilitatea mai multor rezolvări, dar în fond sunt convinşi că aici e vorba de ceva precis, de un soi de identificare, sau cel puţin de o clasificare, precum ar fi la un examen de botanică.

Nesiguranţa aceasta apare, după Rorschach, la cei mai mulţi organici, epileptici, maniacali, şi debili mentali, apoi la mulţi schizofreni, dar şi la mulţi normali. Dacă la

1 S WIEGERSMA, Die Versager im Behn-Rorschach Formdeutversuch, Zeitschr. f.Diagnostische Psychologie und Personlickeitsforschung, Vol.III,1955, p.303

2 JURG SCHAFFNER, Die "Versager" im Formdeutversuch von Rorschach und im Associationsexperiment von Jung, Diss., Orell, Fussli, Zurich, 1951,p.17 si30, de asemenea în Rorschachiana, Vol.1,1952, p. 180 şi 192

nevrotici conștiința interpretativă (adesea) este semnificativ scăzută, acesta este cel mai adesea un semn al unei inhibi;ii a inteligenței (a operaționalității mentale n.t.). Și copiii sub 5 ani precizează interpretările[1].

Dacă folosim tehnica prezentată mai sus (unde nu i se spune subiectului dinainte că petele nu reprezintă nimic anume), vom face curând descoperirea că surprinzător de mulți așa ziși "normali" au o conștiință interpretativă diminuată. Aceasta nu se manifestă doar în modul descris mai sus ci , dar chiar în ton. Așa cum, pe bună dreptate observă și KUHN[2], că interpretarea e luată drept o percepție autentică dacă subiectul spune: "Acesta e asta și asta" (în loc de "Aceasta ar putea fi asta și asta"). Însă cuvântul "este", nu este gândit atât de apodictic și suntem nevoiți să spunem și aici că : "tonul face muzica". Sprijinindu-se pe o lucrare a lui ERWIN STRAUSS, care vorbește despre o "evidență senzorială" (sinnlicher Gewissheit), Kuhn afirmă (p.54) că "Dacă un răspuns în sensul testului Rorschach e "interpretare" sau "percepție" este înainte de toate o problemă de certitudine senzorială pe care o trăiește subiectul în timpul interpretării. Cu cât aceasta este mai mare, cu atât mai mult putem vorbi despre "percepție", în sensul lui Rorschach". Ar fi vorba aici în esență despre ceea ce e numit de obicei conștiință a evidenței, care își are originea în Καταληπτιχη φαντασια a stoicilor, și s-a propagat prin istoria filosofiei până la fenomenologi. Pe cine interesează această problemă se poate informa din orice tratat de logică.

Pentru faptul că această manifestare apare atât de frecvent și la normali e posibil să găsim o explicație în observația lui KLOPFER[3]. După KLOPFER diminuarea conștiinței interpretative (sau chiar abolirea ei), dacă apare la "normali" semnifică o nevoie de securitate, în sensul "fugii de libertate". Se știe că această formă de nevoie de securitate este răspândită în așa numita civilizație vestică și poate fi observată concentrându-se în sistemele politice totalitare, care țin, parțial, de incorigibila și vetusta ideologie militaristă. Cauza ar putea fi aici (făcând abstracție de greșeli generale de educație), în primul rând în structura noastră socială.

3. *Autocritica și critica obiectului.* În lucrarea lor "Critica subiectului în experimentul Rorschach de interpretare a formelor", FRÄNKEL și BENJAMIN decelează critica subiectului (autocritica) de critica obiectului. Autocritica, postura critică a subiectului față de sine însuși se manifestă în observații precum: "Nu am destulă fantezie", Fantezia nu a fost niciodată punctul meu forte", "Aici trebuie să ști anatomie", "Trebuie să fi citit multe cărți despre animale și plante", ori "Sunt prea prost pentru asta". Remarcile de felul acesta sunt mereu un indicator al *sentimentelor (trăirilor) de inferioritate* sau al *nesiguranței interioare,* și se găsesc frecvent la psihastenici, fobici, nevrotici anxioși, la psihopații nesiguri pe sine și uneori în debuturile de schizofrenie. Alături de aceasta, la organici apare și critica obiectului.

Critica obiectului, postura critică față de interpretare sau față de sarcina de interpretat, se petrece parțial odată cu acutizarea conștiinței interpretative. Cea mai importantă formă

1 AMES, LEARNED, METRAUX, WALKER, Child Rorschach Responses , New York, 1952, p.141,152, 194
2 ROLAND KUHN, Ueber Maskendeutungen im Rorschach'schen Versuch, Basel, 1944, p.331
3 BRUNO KLOPFER et all., Developments in Rorschach Technique, New York, 1954,p.331

a criticii obiectului este *critica formei* ("dacă nu ar fi partea asta", "Urechile parcă nu se potrivesc aici", ş.a.m.d. Ea semnifică *prevederea, reținerea, anxietatea* și se întâlnește, în afară de persoanele fără fantezie și pedanți, în mod special la psihastenici, care sunt remarcabili prin prudența și pedanteria lor, dar și la organici. FRÄNKEL și BENJAMIN vorbesc și de critica culorii și de "sentințe estetice primare". Totuși critica culorilor e mai degrabă o manifestare a șocului cromatic (eventual sub forma impresiei artistice) iar judecățile estetice ar fi de preferat să se interpreteze ca un fenomen independent, fiindcă sunt fenomene de cenzură și au altă valoare simptomatică decât critica formei, autentica critică a obiectului. La interpretări CF nu există o critică a formei, iar la kinestezii, autorii nu au observat critica obiectului, ceea ce putem să confirmăm și noi.

Bineînțeles că răspunsurile sub formă interogativă sau negativă au și ele un caracter de critică. Se impune însă să le tratăm ca pe o categorie separată.

4. *Șocul cromatic* este fenomenul Rorschach cel mai frecvent și practic cel mai important. El este un fenomen de stupoare de o formă mai puțin pregnantă ca renunțarea din pricina impregnării afective datorată culorilor. In unele cazuri stuporul poate fi atât de puternic încât să conducă la renunțare. Renunțarea poate fi, uneori, dar nu întotdeauna, o formă de manifestare a șocului cromatic.

Mult mai răspândite sunt însă formele mai moderate, ce pot să se manifeste în diverse variante. *Orice tulburare a fluenței cursului asociativ* la prezentarea planșelor colorate (și parțial a celor negru-roșii) este un semn al șocului cromatic.

Cea mai simplă și clară manifestare a acestui fenomen este desigur manifestarea explicită de afect, fie sub forma interjecțiilor precum "Uf !", "Brrr !","Cumplit!", "Ueee!", "de comă", "Uaau!", fie sub forma unor expresii afective "civilizate" precum " Ce de culori!", Așa un amestec de culori fără gust !", "Parcă mă copleșesc culorile" , sau chiar fără explicitarea referinței la cromatică, de tipul " E foarte dificilă planșa asta", ori, "nu prea e simpatică", sau "Aici e mai dificil", sau "Parcă mi s-a încurcat mintea", sau chiar " Dacă nu ar fi culorile astea parcă aș vedea mai multe lucruri aici", ş.a.m.d.

Unii au posibilitatea, ca să zicem așa să-și surprindă șocul cromatic "in statu nascendi" și manifestă apoi ceea ce numim șocul cromatic *prelucrat*, ceea ce se vede în expresia afectivă tocmai *recunoscută.* Expresii precum "Ai, ce frumos !"," O ce asortare de culori surprinzătoare!" nu sunt mai puțin expresii ale șocului cromatic decât expresiile de respingere. Pare a se dori de către subiect ca aceste fenomene trăite să nu fie percepute ca având un efect tulburător. Si cu toate astea experiența arată că în spatele acestei fațade de încântare se ascunde o modificare, care va fi ușor de văzut din comportamentul ulterior al subiectului. In cazur mai rare se poate observa procesul de prelucrare a șocului cromatic la un subiect, precum în cazul unei doamne care la prezentarea unei planșe colorate izbucnește cu cuvintele: "Uf, ce culori grețoase!", ca apoi, căzută pe gânduri și cu un ton complet schimbat să remarce: " Simpatice culori !".

În foarte rare cazuri astfel de aprecieri (pozitivă și eventual și una critică, negativă) privind cromatica planșelor colorate, pot să nu provină dintr-un șoc cromatic. E cazul

unor artiști sau persoane cultivate artistic, dar și atunci trebuie să se țină cont de eventuala diferență de performanță de interpretare cantitativă și calitativă la planșele color și cele negru-roșii în comparație cu restul interpretărilor. După cum spuneam aceasta e cazul doar în cazuri extrem de rare.

Cazurile în care subiecții izbucnesc cu remarci la planșele cromatice nu sunt majoritare în manifestările șocului cromatic. Mult mai frecvent apar formele diverse ale așa numitului *șoc cromatic larvar*, care se manifestă în numeroasele trăsături nevrotice discrete, care azi sunt considerate de apanajul "normalului". Dar și nevroze severe se pot manifesta astfel. (Aceasta va rezulta din celelalte simptome). Cel mai important semn al șocului cromatic larvar este timpul de reacție prelungit la una sau la mai multe planșe colorate (de obicei la prima, când nu apare fenomenul de ruptură). Subiectul stă "ca vițelul la poarta nouă" și nu știe ce să spună.

(Că nu e nevoie de un cronometru s-a mai menționat).

Mai important e altceva: Prelungirea timpului de reacție în urma șocului cromatic se poate ascunde și sub o "umplutură". Subiectul face brusc observații colaterale, contextuale: "Da, aici avem culori", sau "Mai sunt multe planșe?", ori "Aici sunt niște pete interesante!" și multe altele asemenea. Aceste remarci nici nu e necesar să se refere la culori; se amână ceva pentru a câștiga timp până când se poate aduna pentru o nouă interpretare. Cei mai mulți subiecți, bineînțeles că nu conștientizează mecanismul acesta.

E valabilă regula generală că numărul de răspunsuri la planșele VIII-X e de circa 33% din numărul total de răspunsuri. Dacă e semnificativ mai mic de 33% este de luat în calcul șocul cromatic, dar care poate apărea și în cazul unui număr de răspunsuri de peste 33%. Este indicat de aceea să se pună (în paranteză), după numărul total de răspunsuri, numărul de răspunsri la planșele VIII-X (vezi p. 104).

Alte forme importante de șoc cromatic larvar au fost tratate de către ZULLIGER, parte în Manualul Bero-Test (P.68-72), parte într-o lucrare din "Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie"[1]. Regulile date de BROSIN și FROMM corespund în esență cu cele ale lui ZULLIGER. Din ambele lucrări ale lui ZULLIGER se pot sintetiza următoarele *reguli pentru diagnosticarea șocului cromatic:*

Moduri de manifestare ale șocului cromatic

I. Șoc cromatic manifest:

Neprelucrat: Exteriorizări afective negative precizate verbal.

Prelucrat: Exteriorizări afective pozitive precizate verbal.

1 HANS ZULLIGER, Einfuhrung in den Behn-Rorschach Test, p.68-72, și Bedeutung des Farbenschocks beim Rorschach'scen Formdeutversuchs, Zeitschr.f.Kinderpsychiatrie, Vol.4, 1938, p.145-152

II. Șoc cromatic larvar:

1. Timp de reacție prelungit la prezentarea primei planșe cromatice.

2.Gestică și mimică de respingere sau de confuzie (suspin, miscări ale mâinilor, ridicarea sprâncenelor, clătinatul capuluii, etc).

3. Schimbarea succesiunii în special prin *evitarea culorilor prin interpretări ale Dim* (Dim ca prime interpretări la planșele II,VIII,IX).

4. Încetarea interpretărilor K , când anterior au fost date din acestea (de ex.CF, sau C ca prim răspuns la pl.II, sau Clob în loc de K la pl.II și abia apoi din nou K). (După Rorschach p. 192, chiar și atunci când interpretările K, până atunci prezente, dispar complet la pl.VIII, sau sunt amânate pentru al 4-5-lea răspuns).

5. Tentative de renunțare.

6. Când al pl. VIII *nu sunt semnificate în primul rând animalele laterale*, fie singure, fie intr-o interpretare mai cuprinzătoare.

7. Scăderea bruscă a acuității fomelor, până atunci bună.

8. Scăderea semnificativă a numărului de răspunsuri la planșele cromatice (mai puțin de o treime din numărul total de răspunsuri).

9. Expresii deplasate, de oroare la planșele II sau III ("aceasta e o treabă sângeroasă", sau "pete de sânge", "sânge" cu ton și mimică de neplăcere).

10. Interpretări izolate/rare de sex ca prim răspuns la pl. II(de ex. "menstruație", "vagin sângerând") sau semnificări sexuale acoperite (de ex." bazin sângerând")

În completarea acestei prezentări poate fi făcută observația că, cu toată expresia literală că animalele laterale ca prim răspuns la pl.VIII ar contrazice în general ideea de șoc cromatic, cu toate acestea poate fi vorba de un șoc cromatic chiar dacă se începe cu animalele. Șocul se poate manifesta și în alte feluri, prin observații, exclamații, mimică, răspunsuri anatomice proaste, apariția de Do-uri, tulburări ale succesiunii, perseverație (dacă nu era prezenta până aici) ș.a.m.d. Și tot așa este de notat șocul cromatic, dacă acest prim răspuns cu animalele laterale este dat după un timp de latență mare.

În ceea ce privește valoarea simptomatică a șocului cromatic, el este semnul cel mai general al *nevrozelor*. Din păcate nu poate fi considerat elementul de diagnostic diferențial al nevrozelor față de psihoze, sau de oligofrenii, așa cum a afirmat și RORSCHACH, fiindcă există cazuri indubitabile de psihoze (anume schizofreniile) cu șoc cromatic puternic. Și în psihopatii apare frecvent (nu doar în cele constituționale) și chiar în oligofrenii este detectabil, când acestea sunt nevrotizate. Există părerea că în general în oligofrenii profunde nu ar apărea șocul cromatic, dar aceasta se întâmplă pentru că manifestările mai ușoare de șoc sunt șterse, estompate de simptomele oligofreniei. Astfel, aici înrăutățireile calitative ale interpretărilor nu mai pot fi depistate.

Unele varietăți ale șocului cromatic vor fi discutate în alte părți. Doar o specie a acestuia va fi amintită aici: *Aderența la culoare*, sau *atracția culorii /atracția cromatică*, care se trădează în numărul deosebit de mare de răspunsuri la planșele VIII-X, printre care se găsesc, la rându-le, un număr mare de C-, CF, și C. Un astfel de șoc cromatic cu atracția culorii apare

după ZULLIGER („Forme de manifestare și semnificația șocurilor cromatice“), la persoane care evită stuporul afectiv prin locvacitate și care au în general un impuls nervos de-a vorbi. E vorba aici după SALOMON de un mecanism *contrafobic*, de o fugă din pasivitate spre activitate.

Este foarte practic să marcăm prezența șocului cromatic la o anume planșă *pe marginea stângă* a protocolului, cu o *linie roșie*.

5. *Șocul cromatic întârziat.* ZULLIGER pomenește (în manualul Bero test, p. 71 și 104) despre un șoc cromatic întârziat, care se manifestă abia la pl. IX sau X. Un mare număr dintre acestea corespund desigur "fenomenului de ruptură VIII", dar se întâmplă indubitabil ca șocul cromatic să apară abia la pl. IX sau X, fără să poată fi documentat vreun șoc la negru anterior. De aceea e de reținut și conceptul de șoc cromatic întârziat, dar numai pentru aceste cazuri fără șoc la negru. El apare în nevrozele de caracter cu ruminații multiple (comunicare prin scrisoare a d-lui ZULLIGER).

6. *Șocul cromatic supracompensat* este o apariție destul de rară dar cu atât mai interesantă. Există cazuri în care șocul cromatic duce la o sporire calitativă a rezultatelor subiectului, care se manifestă prin faptul că cele mai bune interpretări originale se aglomerează tocmai la planșele cromatice. Uneori apar toate Orig+ la planșele colorate. E nevoie însă ca modificarea să fie evidentă. Un protocol la care apar multe originale la aproape toate planșele un șoc cromatic supracompensat nu poate fi documentat.

Că este vorba într-adevăr de un șoc cromatic supracompensat se poate vedea după alte indicii. Fie se instalează o pauză semnificativ de lungă înaintea focului de artificii al răspunsurilor originale, fie apoi găsim tulburări de succesiune, răspunsuri Do, o bruscă accentuare a figurilor intermaculare, ori alte semne ale unei tulburări de asociere. Uneori apare o remarcă precum că planșa respectivă e de fapt groaznică, etc. Constatarea unui șoc cromatic supracompensat trebuie făcută cu rigoare restrictivă. Doar unde găsim semne clare de șoc cromatic și o aglutinare a răspunsurilor originale la planșele cromatice este de considerat un astfel de fenomen.

Privitor la valoarea lui simptomatică actele nu sunt încă încheiate. Pare a fi vorba de oameni care au o componentă stenică de caracter, care îl face să nu dea atenție conflictelor interne, iar la tulburări incipiente să "ignore semnalele" în mod activ. Urmare a acesteia poate apare, la o solicitare corespunzătoare a mediului, o prăbușire nervoasă (Psihoze psihogene din cele descrise de E.KRETSCHMER sub numele de "crize stenice"). In orice caz fenomenul apare la subiecți care au trecut, în fapt, prin psihoze psihogene. Se găsește însă de asemenea la caracterele schizoide, fără să mai fie nevoie de o tendință către reacția psihogenă. Dacă aceasta poate fi un sprijin pentru o teorie a psihozelor marginale, mai rămâne de demonstrat.

7. *Șocul la roșu.* In afara șocului cromatic există un șoc la roșu specific, al cărui determinare poate prezenta unele dificultăți, când e prezent alături de șocul cromatic[1]. Cu toate acestea este adesea posibil. Cel mai bine este să ne ținem de următoarele reguli: Se manifestă tulburări de șoc la planșele roșu-negre și la cele colorate (II, III, VIII-X), fără ca roșu să fie observat a tulbura în mod deosebit, atunci se ia în considerare doar șocul cromatic. Dacă se manifestă tulburări doar la planșele II și III , în timp ce interpretările d la planșele color decurg fluent, e de luat în considerare doar șocul la roșu. Dacă se manifestă șocul cromatic (la planșele VIII-X), iar la aceste planșe și (mai ales) la planșele II și III roșul e desemnat evident ca tulburător, vom nota de preferință Șoc cromatic + Șoc la roșu.

Doar foarte rar sunt cazuri unde la toate cele 5 planșe șocul la roșu e singurul prezent. Trebuie însă să fie atât de lclar incât să nu găsim alte chei de semnificare. Un exemplu: Un subiect spune la II: " Nu pot găsi nimic aici", apoi semnifică negrul drept "Pietre scoase din pământ", "Nori negri", " Câmp în paragină", deci trei răspunsuri Clob. La pl. III se interpretează întâi oamenii, apoi se oprește si spune: "Roșul", după o pauză vine "O pată de cerneală"(CF), urmează trei interpretări anatomice, printre care una proastă, la roșul central și una bună, alta proastă la negru. Planșa VIII nu începe cu animalele laterale ci cu gri-ul (munte); urmează abia apoi animalele, apoi "Pietre"(F-) pentru roșul central. Aceasta este evident o perseverație a pietrelor de la pl. II. Urmează alte două răspunsuri proaste,abia la urmă un F+ la roșul central (capete de vite). Pl. X începe cu capul de cămilă, apoi subiectul încearcă să semnifice roșu-brunul, dar imaginea "dispare din nou". In fine devine "Recif de corali"(F±). Indicând roșul pal de jos subiectul spune: "asta ultima, nu pot". La pl. X dă șapte răspunsuri, toate bune (doar una e ±). Dar ordinea părților alese este următoarea: Gri mijloc, albastru mijloc, gri lateral, verde lateral, verde median, albastru lateral și abia la sfârșit roșul mare ("omidă"), dar asta după ce subiectul învârtește planșa in poz. b. Aici este atât de clară tulburarea în planșele color doar la roșu, încăt putem considera șocul la roșu fără șoc cromatic (dar alături de șocul la negru).

Valoarea simptomatică a șocului la roșu nu este complet elucidată. E probabil să aibă fie o cauză unitară a producerii și o valoare simptomatică unitară. Roșul poate fi asociat fie cu fantasme libidinoase (dragoste, inimă, pasiune, văpaie), fie cu agresivitatea și sadismul (sânge, război). Sângele și dragostea pot fi asociate și ele între ele. Orice libidou este încărcat cu un insert de agresivitate. GEORG GRODECK a spus odată: „Cruzimea este asociată indisolubil cu iubirea, iar sângele roșu este vraja cea mai profundă a iubirii roșii"[2]. La epileptici probabil că are ceva de-a face cu aura (viziuni colorate). Pare a nu fi indiferent dacă apare izolat ori combinat, respectiv în ce combinații apare, împreună cu șocul cromatic, cu cel la negru sau cu ambele. Concluziile nu sunt încă trase. SALOMON consideră șocul la roșu drept un semn al fixației la stadiul genital și el semnifică, după părerea lui un complex de castrație foarte puternic, o slăbiciune a agresivității falice și un complex Oedip acut cu

1 Deosebirea șocului la roșu de șocul cromatic general e în principu dificilă. Și PIOTROWSKI constată (Perceptanalysis, p.296):"Red shock can be differentiated from color shock only with great difficulty, rarely and with poor reliability.

2 GEORG GRODECK, Das Buch des Es, Wien, 1926,p.109

sentimente/trăiri de culpabilitate sexuală și anxietate sexuală[1]. În acest caz este vorba, după o formulare a lui M. LOOSLI-USTERI[2] un semn al "temerii față de agresiune", adică față deagresiunea răzbunătoare a altora. El poate exprima, probabil mai frecvent anxietatea față de propria agresivitate, ar fi deci un simptom al refulării agresivității.

După LOOSLI-USTERI, modul în care el apare, căror interpretări îi urmează poate duce la concluzii privind gradul refulării. O refulare foarte profundă a agresivității apare atunci când după șocul la roșu nu apare nici o interpretare a petei roșii. Dacă după șocul la roșu apare o interpretare a părții roșii, dar fără utilizarea culorii (determinant neadecvat, n.t.) este vorba de o postură ambivalentă față de agresivitate. Dacă, după șoc, roșul e interpretat ca un răspuns cromatic, atunci e de considerat că agresivitatea refulată poate să erupă.

8. *Atracția roșului* este contrariul șocului la roșu. Ea este înrudită cu atracția culorii pomenită mai sus, dar nu este identică. Subiectul are în acest caz tendința de-a alege preferențial petele roșii și să le dea interpretări deosebit de "suculente". ZULLIGER dă ca exemple (Bero test, p.71) "Beefsteak", sau "Felii de jambon". Adesea ambele părți roșii ale planșei II sunt desemnate drept "Două cotlete zemoase". Pot fi considerate aici și interpretările de flori, precum "Maci", "Trandafiri roșii", sau "Garoafe". În mod obișnuit atracția roșului apare în combinație cu alte simptome ca ingredient tipic al "caracterului pulsional". Probabil că în alte combinații apar și alte valori simptomatice. SALOMON vede în atracția roșului un semn al unei posturi pozitive ale Eului față de pulsiunea falică și o găsește, în afar de "agresivii pulsionali" și la falic-narcisici, precum și la caracterele compulsive.

9. *Șocul la negru/obscur*, a fost introdus în literatură de către BINDER.

El constă, după BINDER[3] într-o instaurare bruscă a unei tulburări ale proceselor raționale, o stupoare, la prezentarea unei planșe negre, anume planșa IV. Tulburarea se manifestă ca o renunțare sau în alte forme de inhibare pe care însuși BINDER le înșiră: "Dd- și răspunsuri Do, forme proaste, stereotipii banale, tulburări de succesiune, perceperi nenaturale ale planșei, etc.". O relație complexă în conținutul acestor răspunsuri nu apare de obicei, dimpotrivă, e valabilă o anumită "fugă în convențional".

Când la ambele planșe IV și VI se începe cu răspunsuri Ban, prezența unui șoc la negru este improbabilă, dacă nu avem alte semne clare. În cazul dubiului avem posibilitetea să decidem indirect. Fiindcă șocul la negru este în majoritatea cazurilor legat de anxietate, spre deosebire de șocul cromatic, *o simplă remarcă este suficientă fără alte reacții formale.* Există oameni care obișnuiesc să folosească expresii de forță, dramatice, din cu totul alte motive, și se întâmplă uneori ca aceștia să facă remarci la planșele negre ca și la celelalte,

---

1 FRITZ SALOMON,Fixations, regresions et homosexualite dans le tests de type Rorschach, Revue Francaise de psychanalyse, vol.23.,1959, p.256,257 și Ich Diagnostik in Zulliger Test, Bern, 1962, p.31.

2 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, île test de Rorschach, Manual pratique du test de Rorschach, Paris,1958, p.75

3 HANS BINDER, Die Heldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach, Schweizer Archiv f. Neurologie und Psychiatrie, Vol.30, 1933, p.279

precum “nebunie”, “infamă” ori “ce tâmpenie” sau alte asemenea, fără să manifeste cea mai mică inhibi’ie apoi, și să dea răspunsuri banale, și alte răspunsuri bune. Acesta nu este șoc la negru.

După OBERHOLZER[1], care a avut ocazia să observe șocul la negru la populația insulară din Alor, șocul la negru poate apărea la toate planșele întunecate, sau doar la unele din ele. Unele dintre ele îl pot evoca. El se poate manifesta cu aceeași intensitate diverse planșe noncromatice sau la una dintre ele sau să culmineze la una din ele. Ordinea frecvenței de apariție a șocului la negru funcție de planșe este IV, VI, VII, I, V.

Este de remarcat că o perturbare la planșa VI, dacă apare doar aici, poate fi una determinată complexual. Astfel NANCY BRATT[2] atenționează că unele persoane acoperă cu mâna prelungirea superioară a planșei VI, apoi interpretează partea principală ca blană de animal (ceea ce este un “Ban” pozitiv, doar în ghilimele). Respectivul “taie penisul”; Aceasta apare, firește, la persoane cu un puternic și de neînfrânt complex de castrare.

Faptul că, așa cum afirmă si BINDER, șocul la negru este “mult mai rar” decât șocul cromatic, nu pare să se potrivească pentru Scandinavia, unde nu este departe ca frecvență de șocul cromatic.

Valoarea simptomatică a șocului la negru, este, după OBERHOLZER[3] aceea de “Teamă de teamă” în general, dar și o teamă de necunoscut, teama de nou. Socul la negru ca teamă de nou poate să se manifeste și doar la planșa I (Aici suntem puțin în dubiu, dacă este un șoc autentic și dacă tulburarea inițială de la pl. I nu are cumva alte cauze. Folosim în aceste cazuri desenarea neutră de “inhibiție de instalare”- vezi paragraful dedicat).

Faptul că șocul la negru, în sine, este în cele mai multe cazuri o *criză de anxietate diminutivată* l-am demonstrat prin măsurători de temperatură a pielii pe parcursul experimentului Rorschach. Este însă vorba, cu rare excepții, de o reacție fiziologică, sub pragul conștientizării.

Corespunzător semnificației sale fundamentale de “Teamă de teamă”, șocul la negru apare predominant în *nevrozele anxioase*, în *fobii* (isterii anxioase) și (în forme determinate, împreună cu șocul cromatic), în *psihastenii.*

Fundalul psihologic al șocului la negru poate fi multiplu. Adesea (dar nu întotdeauna) există aici un reziduu al temerii infantile de întuneric. Dar multe alte lucruri pot să interfereze aici. PETER MOHR, care a dedicat un studiu excepțional acestei probleme[4], încearcă să explice șocul la negru prin simbolistica negrului, ca “opus al luminii vitale”. Legenda lui Prometeu are un tâlc profund: “Victoria asupra fenomenelor naturale a lăsat totuși in oameni teama față de natură”, un sentiment de culpabilitate, o anxietate față de furia zeilor. Am primit în dar focului zeilor, dar am condamnat dăruitorul, ca “jertfă supărării zeilor”. Această teamă de atotputernicia stihiilor, omul a transferat-o pe negru, pe întunericul nopții care îi amintește de ea. “Întunericul nopții este înspăimântător pentru

1 În CORA DU BOIS, The people of Alor, Mineapolis,1944,p. 595

2 NANCY BRATT, Rorschachtesten i klinisk praxis, Koebenhavn, 1968, p. 62

3 Op. cit., p. 279

4 PETER MOHR, Die Schwarze und sehr dunkle Tonung der Rorschach’schen Tafeln und ihre Bedeutung fur den Versuch, Zurich, 1944, p. 122-133

om". Chiar WERTHEIMER a afirmat că "negrul acționează anxiogen în mod nemijlocit.[1] Diavolii, demonii, hoții, ucigașii, spărgătorii umblă noaptea. În general negrul poate avea, după MOHR semnificații *pozitive*: ceea ce e sigur, definitiv, de neschimbat, sărbătoresc (îmbrăcămintea festivă), simbolul autorității (majestatea morții, divinul), *negative*: (*vinovăție, rebeliune, teamă, și justiție*). Dar cum prima autoritate e tatăl, și prima vină este rebeliunea față de această autoritate, este de înțeles atunci când MOHR a putut face constatarea că *subiectul care a fost în conflict cu tatăl*, trăiește la planșele I, IV și VI, senzații de disconfort, anxietate, groază. Subiecții care nu au fost în conflict de autoritate, reacționează la aceste planșe cu dispoziție de siguranță și liniște. (p. 130 și 133). Intr-o lucrare mai târzie[2] MOHR reia aceste gânduri și afirmă că nu numai conflictele infantile cu tatăl se actualizează în culoare neagră ci la fete și adesea conflictele cu un bărbat (p.29). Căci negrul simbolizează și răul, negativul masculin (p.31-35). (Reamintim aici, mai sus pomenita tratare de către CHRISTOFFEL a simbolisticii sexuale, cu antiteza alb-negru și care este valabilă doar pentru cultura noastră.) În consecință, teama /anxietatea la negru poate fi adesea și o anxietate sexuală, în măsura în care negru= Bărbat. (Acest fel de cazuri au în mod obișnuit șoc la roșu + soc la negru; dar și cazul citat la "șoc la roșu" aparține tot aici).

Corespunzător cu modul de notare pe marginea protocolului cu linie roșie a șocurilor cromatice, vom putea marca în dreptul fiecărei planșe și șocul la negru cu o linie albastră.

Analog cu atracția culorii și atracția la roșu există și *atracția negrului*. BINDER o amintește în lucrarea sa (op.cit, p. 242). La persoanele cu indispoziție cronică apare o tendință generală de perseverație pentru interpretările clarobscure. Când această tendință e activă, dar încă nu suficient de puternică pentru a actualiza o serie de interpretări clarobscure, ele acționează în maniera în care subiectul "manifestă tendința de-a căuta pentru interpretările ulterioare doar părțile întunecate ale planșelor, chiar dacă aceste părți nu mai sunt preluate în perceperea interpretării, deci nu mai apar în răspuns, și astfel nu mai sunt de evaluat drept Clob". Și acesti subiecți sunt persoane anxioase, indispuse cronic.

10. *Șocul la negru supracompensat* este analogul șocului cromatic supracompensat; doar că este mult mai ades semnificativ decât cel cromatic. Si acesta are două indicii: semne clare de șoc la negru și o îngrămădire de răspunsuri originale bune în special la aceste planșe. Acesta nu este ceea ce BINDER desemnează drept supracompensare a trăirii unei dispoziții primare prin "inhibiție sofropsihică" (op. cit. p. 256). La BINDER este vorba de o reprimare a unei dispoziții disforice, aici la șocul la negru supracompensat este vorba de o reprimare a unei anxietăți, temeri. Aceste două fenomene sunt foarte înrudite și apar uneori alături în același protocol. Comun ambelor este faptul că ele vorbesc de o componentă stenică de caracter (BINDER însuși vorbește de "subiecți cu puternice trăsături stenice", oameni pe care anxietatea îi împinge spre activitate, și care probabil obțin rezultate când sunt "sub presiune".

---

1 DAVID GATZ, Gestaltpsychologie, Basel, 1961, p.83

2 PETER MOHR, Die Schwarze und dunkele Farbe der Rorschach Tafeln., Rorschachiana II, Bern 1947, p. 24-36.

11. *Fenomenul de ruptură.* In unele cazuri (nu în toate !) coincidența dintre șocul cromatic și cel la negru în același protocol se poate observa o manifestare unică a ambelor în interferență. Am numit aceasta *fenomen de ruptură sau de interferență*[1]. O consecință absolut naturală a efectului șocului la negru este aceea că apariția planșelor cromatice este resimțită de subiectca o ușurare. Coșmarul negrului se estompează, subiectul intră "pe șosea" și asocierile curg din nou mai ușor. Acest post-efect poate fi uneori atât de puternic încât șocul cromatic care ar apărea la pl.VIII este depășit, "suspendat", astfel că se manifestă ca atare, abia la pl.IX, sau chiar la pl.X. Acesta este fenomenul de ruptură VIII. Șocul la negru nu e necesar să fie manifest, observabil la toate planșele negre, nici măcar la pl VII nu trebuie să fie vizibil. Este suficient să se observe clar la pl. VI. Fenomenul de ruptură poate fi uneori atât de puternic încât subiectul să remarce culorile abia la planșa IX, așa cum de ex. o fobică salută pl. IX cu cuvintele: "Acum începe să aibă mai multă culoare" , sau un bărbat nesigur de sine observă la pl. IX: ”Na, că acum sunt și culori aici !"

Se poate însă întâmpla și reversul, anume că un șoc la roșu sau cromatic, să suspende șocul la negru de la planșa IV. Avem atunci fenomenul de ruptură IV. Acesta e semnificativ mai rar. Ici și colo apare fenomenul de ruptură la ambele planșe. Acesta ar *fi fenomenul de dublă ruptură* (la pl. IV și VIII).

Pur tehnic vorbind fenomenul de ruptură este identificabil prin faptul că la planșele (IV, respectiv VIII) nu se remarcă fenomenele de șoc (la negru, respectiv cromatic), în timp ce acestea se manifestă la planșele următoare. Forma cea mai extremă, care nici măcar nu apare foarte rar, ar fi aceea că la fenomenul de ruptură VIII, la planșa VIII subiectul dă unul sau mai multe răspunsuri "normale" (F+, sau FC+, sau chiar K+) în timp ce la planșele IX și X apar renunțări/recuzări. Uneori șocul la negru este atât de puternic încât la mai multe planșe, dacă nu chiar la toate planșele IV-VII apar renunțări. Se găsesc (desigur rar) cazuri în care se dau răspunsuri doar la planșele II și VIII. Există desigur și cazuri de tranziție, la care la pl. VIII există semne de șoc cromatic (o remarcă de neplăcere, sau animalele laterale semnificate abia mai târziu), dar unde simptomele de șoc la planșa IX, sau X sunt mult mai puternice și clare (renunțări, sau forme proaste). Și aici e de notat "fenomen de ruptură semnificat". La protocolare pentru fenomenul de ruptură este de notat în paranteze dacă apare la planșa IV, VIII, sau la ambele planșe.

Se poate uneori întâmpla ca un subiect deosebit de intelectualizat să *descrie* introspectiv fenomenul. Astfel a reacționat de exemplu o psiholoagă cu o nevroză mixtă: Pl. II: "Pete de sânge", apoi autocritică, descrieri, remarca simetriei și în final: "Bazin de femeie, cu multă imaginație". Pl. III: "Aici e un personaj comic", apoi iarăși, "Parte dintr-un bazin", apoi alte răspunsuri, printre care roșul lateral "Pete de cerneală". Pl. IV: șoc la negru cu suspine și succesiune inversată (D, G, G), Pl. VI: "Aici, în primul rând că nu văd nimic", iarăși șoc la negru. A urmat apoi ”Broască țestoasă". Apoi la pl. VIII: " E vesel cu culorile astea. Dacă celelalte îmi aminteau de pete de sânge astea sunt vesele. Chiar roșul e complet diferit".

1 EWALD BOHM, Der Rorschach Test und seine weiterentwicklung, Rorschachiana I, Bern, 1945.

Apoi au urmat animalele laterale ca prim răspuns și încă alte trei, ultima, pata intermaculară în albastru ca ”figură matematică, triunghi” (Orig-). La prezentarea planșei IX subiectul remarcă imediat: ”Asta este iarăși ceva ce nu-mi place puțin posomorât și spălăcit”. Apoi urmează: “Iarăși albastrul ăsta”, iar (la verde) “Nori de furtună”. Abia apoi urmează mai multe răspunsuri “nomale”. La Pl. X :”E din nou veselă, dar nu ca prima. Dacă roșul ăsta nu ar merge așa în violet, mi-ar plăcea ”. Apoi trece la o introspecție, despre cum culorile planșei VIII (cu tot slabul șoc cromatic) au fost trăite cu totul altfel, în sensul ușurării, decât la celelalte planșe colorate.

Pentru a înțelege mecanismele psihice care produc fenomenul de ruptură, trebuie să facem un apel la *biologie.* Așa cum a arătat SHERRINGTON în experimentele sale privind coliziunea reflexelor incompatibile, există o preponderență a așa numitelor reflexe nociceptive, adică a acelor reflexe care servesc asigurării împotriva unei lezări ale organismului ca întreg[1]. Dacă spre ex. la o pisică se declanșează mai întâi reflexul GLOTZ de zgâriere (scoaterea ghearelor) a labei posterioare prin gâdilare, reflex ce ar trebui să înlăture stimului de mâncărime, iar cealaltă labă este stimulată prin înțeparea cu un ac, atunci reflezul de zgâriere este inhibat și apare o extensie a labei posterioare gâdilate, datorită apariției reflexului de fugă, mai important. Este doar un caz particular al “Legii primatului pulsiunilor filogenetic mai tinere”, unde reflexele nociceptive care privesc organismul în ansamblu, au un nivel de integrare mai înalt decât reflexele de interes local, cum este reflexul de zgâriere. Relația se poate însă inversa atunci când mâncarimea este mare si reflexul de zgâriere devine foarte presant/urgent. În astfel de cazuri poate fi depășit și un reflex de un nivel de integrare mai înalt. Se poate spune că legea urgenței iese în fața legii primatului pulsiunilor filogenetic mai tinere.

Ce se întâmplă cu reflexul de zgâriere atunci când reflexul de fugă s-a potolit? Apare o post-descărcare (“after-discharge”), adică reflexul de zgâriere anterior stimulat se manifestă spontan din nou, până când se stinge și el.[2] Dacă stimularea prin gâdilare a reflexului de zgâriere continuă pe timpul și după această inhibiție apare o oprire, un blocaj prin acumulare, care la stimulări ulterioare de tipul descris va duce la descărcări mai puternice.

În cazul fenomenului de ruptură avem de-a face cu fenomene analoge. Ce putem conchide din această analogie cu coliziunea reflexelor? Apariția întârziată a șocului cromatic la planșa IX sau X ca urmare a inhibiției prin post-efect a șocului la negru/obscur corespunde post-descărcării, anume a stimulului adecvat șocului cromatic (cromatica, culorile), la planșa VIII. In timp ce inhibiția (șocului la negru) acționează tot timpul, apare în prim plan blocajul prin acumulare, care duce la o întărire semnificativă a șocului cromatic manifest, uneori până la renunțare, la planșa IX (și eventual și X). Și la fenomenul de ruptură de la planșa IV se poate observa o astfel de întărire, unde dacă la planșa V apare un șoc la negru de intensitatea care apare obișnuit doar la planșele IV și VI.

1 RUDOLF BRUN, Biologische Parallelen zu Freud’s Trieblehre, Wien, 1926, p.16, și: Allgemeine Neurosenlehre, Basel, 1946, p.256

2 RUDOLF BRUN, Biologische Parallelen, p.11 și Allgemeine Neurosenl.,p.259

Dacă putem concepe fenomenul de ruptură ca o interferență a două impulsuri psihice în coliziune, poate fi invocată legea urgenței, adică din fenomenul de ruptură se poate citi relația de putere reciprocă dintre șocul cromatic și cel la negru în cazuri concrete. La fenomenul de ruptură VIII, preponderent e șocul la negru, iar la fenomenul de ruptură IV, preponderent e șocul cromatic, respectiv la roșu, în timp ce la fenomenul dublu de ruptură, ambele sunt în echilibru. Ținând seama de relațiile fiziologice, ale șocului la negru, este îndreptățită bănuiala că apariția fenomenului de ruptură VIII, traduce o accentuare a componentelor constituționale a stării. Acest lucru este de o importanță foarte mare pentru diagnosticul diferențial și pentru prognostic (Astfel de ex. fobiile fără fenomen de ruptură VIII sunt mult mai ușor de tratat psihoterapeutic decât cele cu acest fenomen). Corespunzător, fenomenul de ruptură de la pl. IV e un indiciu al unei participări sporite a factorilor de mediu. In acest caz avem un prognostic mai favorabil chiar decât la lipsa totală a fenomenelor de ruptură.

12. *Șocul la albastru, respectiv la verde*. Asemănător cu șocul la roșu există și șoc la albastru și unul la verde, care probabil nu pot fi ușor diferențiate unul de altul. Unii subiecți sunt deranjați de aceste culori și le evită explicit. "Albastrul ăsta mă irită", "mă încurcă faptul că asta e albastră", sau "albastrul ăsta nu știu ce e", sunt exemple de șoc la albastru. Bineînțeles el poate apărea doar la planșa VIII și X. E de luat în considerare și atunci când subiectul spune "verde" dar se referă la pata albastră. Doar în testul Z apare un șoc la verde autentic.

Șocul la albastru e destul de rar, iar în ce privește valoarea lui simptomatică nu avem multe de spus. El pare a fi într-o măsură oarecare paralel cu șocul la negru, oricum mai aproape de acesta decât de șocul cromatic. Oricum și el este însoțit de un sentiment de discomfort.

FRITZ SALOMON găsește șoc la albastru la bărbați cu o puternică anxietate de castrație în relațiile sexuale (urmare a fantasmelor de "vagina dentata"); majoritatea aveau o potență scăzută, sau manifestau ejaculare precoce. Femeile cu șoc la albastru aveau față de bărbați o dorință de castrare (tipul răzbunător al invidiei penisului) și erau impotente orgastic.

SALOMON[1] vede șocul la albastru și verde adesea împreună și crede că este vorba la origine de o fixație orală a libidoului. El a găsit șoc la albastru, respectiv la verde la nevrotici cu inhibiții puternice de productivitate, sau cu predispoziții depresive, în homosexualitatea feminină (manifestă sau latentă), ca și în psihoze manifeste ori latente. Asociat cu șocul la roșu el găsește șocul la verde în cazuri de anxietate de ciopârțire orală.

13. *Șocul la brun.* In cazuri rare s-a observat și un șoc la brun, care apare cu precădere la testul Z si la Bero-test, dar ocazional și la testul Rorschach, planșele IX și X. Și aici se manifestă prin respingerea, refuzul petei brune. Manifestarea a fost observată la fixații analerotice cu formații reacționale, adică nevrotici compulsivi homosexuali sau bisexuali

1 FRITZ SALOMON, Fixations, regresions etc. p. 255

latenți sau manifești, la acuze psihotice privin tractul intestinal, ultimele asociate cu șoc puternic cromatic sau la roșu. În cazul șocului la brun fără șoc la roșu este vorba mai ales de bisexualitate sau de o postură de luptă contra pericolului homosexualității, iar la atracția la brun plus șoc cromatic de o homosexualitate latentă[1].

14. *Șocul la alb* este de fapt un caz special de stupor la simbolul sexual. Datorită caracterului său de urgență psihologică și a valorii sale simptomatice, el are un loc autonom între fenomenele speciale. Din decență a fost desemnat alături de celelalte șocuri cu denumirea de culoare; o desemnare mai obscenă, aceea de șoc la gaură, ar fi faptic mai corectă.

Șocul la alb constă într-un comportament ambivalent al subiectului în fața figurii intermaculare: aceasta preezintă o atracție, subiectul este preocupat de aceasta, dar nu reușește să găsească o interpretare. În cele din urmă se ajunge la o interpretare circumstanțială (Indeobște"gaură"). Un subiect spune, arătând spre figura intermaculară: "Asta aici", se oprește apoi și continuă: "o găsesc foarte interesantă, are ceva atractiv, mi-e chiar simpatică, dar nu știu ce-ar putea fi...o gaură poate"

Șocul la alb este destul de rar la bărbați iar la femei e și mai rar. Privitor la valoarea sa simptomatică, despre care în "Rorschachiana I" am spus că este "încă nesigură", putem spune acum aproape sigur: "La bărbați șocul la alb este în mod obișnuit o formă specifică de anxietate sexuală, *teama de organul genital feminin.* Ea duce fie la anxietatea de contact cu femeile și în consecință la o reținere sexuală (*inhibiție conjugală*, după HITSCHMANN) sau la o postură deosebit de ambivalentă față de femei, la o "*luptă conjugală nevrotică*", ori, în fine, la un *misoginism paranoid*. Toate nuanțele pot apărea aici. În spatele simptomului se ascunde "ura intersexuală", "Teama față de partenerul sexual", ale căror cauze sunt dificultățile privind refularea componentelor de sex opus in dezvoltarea psihologică[2]. Cu cât mai puternic acționează identificările feminine în psihicul bărbatului, cu atât mai activ trebuie să lupte pentru reprimarea acestor tendințe feminine pentru a putea fi "bărbat". Ura față de femeile din preajmă este *proiecția* urii față de propriile tendințe interioare. KAREN HORNEY[3] vorbește chiar din titlu despre "*Neîncrederea dintre sexe*" pentru care găsește diferite rădăcini, în primmul rând anxietatea de castrație a bărbatului, care se simte presat și slăbit în fața femeii, precum și, ceea ce se uită adesea, invidia maternității la bărbat. Misoginul activ se luptă nu doar cu o parte din el, ci devalorizează și ceea îi produce teamă și ceea ce invidiază. In străfundurile sufletului există teama străveche a tabuului feminin, teama primitivă de sânge în fața femeii la menstruație și a aspectului ei deteriorat, bolnav. In evul mediu s-au considerat relații strânse între prostituție și vrăjitorie, vrăjitorie și diavolesc, iar în acest univers de gândire ispita prin feminin să fie interpretată ca ispita diavolului[4].

1 FRITZ SALOMON, Fixations, regresions etc, p.256 și Ich-Diagnostik,p. 30-31

2 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-Test, Bern, 1962, p. 36 și 201-202

3 Vezi HANS von HATTINGBERG, Psihoanalyse und verwandte Methoden, in Die psychischen Heilmethoden, Leipzig 1927, p.219

4 KAREN HORNEY, Das Misstrauen zwischen den Geschlechten. Die Psychoanalitische Bewegung, vol.2, 1930, p.531 și 534-535.

În străfundurile psihice ale bărbatului modern aceste anaogii nu au dispărut în nici un caz. Teama de femeie este de asemenea o teamă față de reîntoarcerea in trupul matern, ceea ce ar determina o nouă naștere.

În fapt, în protocoalele bărbaților cu șoc la alb se găsesc adesea K Orig+, care pot duce la concluzia unor identificări feminine, iar faptul că uneori partea de jos a planșei VI, cu dinții și ghearele poate declanșa șocul la alb, nu e o întâmplare. Deloc rară, dar puternic refulata fantasmă de "vagina dentata" a unor bărbați intră pe deplin în acest joc.

La femeile cu șoc la alb, se pot identifica frecvent semne clare de *identificare masculină* cu un refuz inconștient al rolului feminin și al funcțiilor lui biologice. Postura acestor femei nu este însă una de represiune războinică a masculinității, cât, mai ales o luptă de-a nu dori să fie femeie, o negare a feminității. Nu este deci un mecanism reciproc al șocului la alb al bărbaților. Șocul la alb semnifică *o luptă împotriva femininului*, la ambele sexe.

15. *Șocul la gol.* Acest fenomen, aparent asemănător ca manifestare cu șocul la alb, dar semnificativ diferit de acesta, a fost observat pentru prima dată de M. ORR și denumit "choc au vide". A fost descris ulterior de către LOOSLI-USTERI într-un studiu exhaustiv[1]. În timp ce ORR încearcă să-l limiteze la planșa VII, LOOSLI-USTERI înțelege prin acesta "orice reacție stuporoasă la planșele la care sunt prezente cavități mari, respectiv planșele VII și IX", precum: renunțarea sau tentativa de-a renunța, timpii de reacție măriți, exclamațiile de nemulțumire, dezaprobare, Critica obiectului sau autocritica prima interpretare în poziția c, sărăcie asociativă calitativ sau cantitativ, apoi reminiscențele din imagistica cărților pentru copii, ori interpretările de jucării, oglindiri și răspunsuri anale ca semne ale unei "regresii momentane", răspunsurile cu conținut agresiv și, în fine, o prelucrare specific disforică a "femeilor" din planșa VII. După ORR șocul la gol se manifestă prin interpretări de animale, plante, obiecte sau oase, în locul interpretărilor banale de femei (degradare și devitalizare), respectiv prin F- și F±, interpretări Dim sau DimG. "Devitalizarea" femeilor (răspunsul cel mai bun ca "Gestalt") corespunde după ORR "*deanimării",* substituției cu un obiect neanimat a unula animat, lucru constatat și introdus de TH.F.FRENCH în "The Integration of Behavior, Vol.II" Ea este semnul unei defense puternice[2].

Este evident că dificultatea principală la diagnosticarea acestui fenomen este delimitarea de șocul cromatic (la Pl. IX) șai de prelungiri ale șocului la negru (la Pl.VII). Dacă apar fenomene de șoc exclusiv la pl.VII și IX aceasta ar indica șocul la gol, combinația IV și IX, dimpotrivă, ar indica mai degrabă O combinație de șoc la roșu și șoc cromatic cu fenomen de ruptură la planșa VIII. Pot însă apărea combinații de șoc cromatic și șoc la gol cumulative la planșa IX. Doar experți foarte antrenați pot decide în cazul acestor dificultăți în cazuri individuale.

---

1 MAGNUS HIRSCHENFELD și BERNDT GÖTZ, Sexualgeschicte der menscheit, Berlin, 1929, p.23. Freud vede în reținere față de sânge al primitivilor o pază contra dorinței de-a ucide (Das Tabu der Virginität, Gesammelte Werke, Vol.12, p.166)

2 M. LOOSLI-USTERI, A propos de choc au vide, Rorschachiana IV, Bern, 1954, p.21-43.

Șocul la gol semnifică, după LOOSLI-USTERI "relații perturbate cu elementul matern". ORR (comunicare prin scrisoare), îl consideră, doar în forma originară (doar la planșa VII), drept "un simptom al complexului de părăsire și a unui imago matern negativ". Ar fi simptomul principal al trăirii refuzului de dragoste din partea mamei si a consecințelor lui nevrotice (abolirea capacității de-a iubi). Această observare poate fi luată ca o provocare prețioasă, dar cu o anumită limitare, condiționare. Fiindcă planșa VII este tot atât de puțin "planșa maternă" (ORR, FRED BROWN), pe cât de puțin planșa IV este "planșa paternă". Planșa VII dă, prin figura intermaculară (simbol uterin) și simbolul sexual feminin din negrul median ca și prin interpretările feminine banale să ducă la asociații cu maternul și femininul. Dar nu toți aceia care nu folosesc aceste oportunități sunt nevrotici. Privind conflictele paterne și materne putem însă decide însă doar dacă și în conținut interpretările la planșa IV respectiv VII dau, direct sau simbolic această îndreptățire. Trebuie să ne ferim de semnificări "sălbatice"'

16. *Șocul kinestezic*. ("Le choc kinestesique"). Cum a observat însăși RORSCHACH, nu doar viața afectivă, latura extratensivă a tipului de rezonanță intimă, ci șirezonanța kinestezică, partea introversivă a tipului de rezonanță intimă poate fi obiect al proceselor nevrotice de refulare (RORSCHACH, p.191). Astăzi, această reprimare, refulare a lui K e definită odată cu LOOSLI-USTERI[1]. El constă în faptul că la planșele altfel propice pentru răspunsuri kinestezice (pl. I, II, III, și IX) nu se dau răspunsuri kinestezice și chiar și altfel scade semnificativ nivelul activității de interpretare Dd-, Do, conținut banal, devitalizare, etc.)

Trebuie să ne fie însă limpede că nu este precum în cazul șocului cromatic, sau a șocului la negru, unde culoarea sau negrul sunt declanșatoarele șocului și aici kinestezia ar fi momentul declanșator. Mai mult, aici avem de-a face cu o formă deosebită de acțiune a șocului, care constă într-o întârziere, o frânare a posturii de-a da un răspuns K. (Kinesteziile nu vin din afară asupra persoanei – planșa are culoare, dar nu conține kinestezie-, ci ele sunt introduse dinlăuntru în interpretare). Ce poate provoca această reținere a rezonanței kinestezice, cauza externă declanșatoare a "choc kinestesique", ar putea fi în majoritatea cazurilor culoarea roșie a planșei III, în altele negrul planșei I, respectiv policromia planșei IX. Șocul kinestezic este doar o formă deosebită a șocului cromatic, la roșu, sau la negru care rentează a fi separat doar pentrucă prin el se poate vedea o altă formă de defensă contra anxietății, care corespunde rigidizării din reflexul de a face pe mortul al animalelor, adică o "blindare" musculară. Găsim șocul kinestezic de altfel, în principal la, nevroticii compulsivi, sau caracterele compulsive rigide cu hipertonie musculară generală[2].

ZULLIGER vede în inhibarea k-ului un semn al unei priviri introspective (Einsicht) afective deficitare spre interiorul propriu. Este vorba despre oameni care se tem de propriul inconștient, care nu doresc să se gândească la ei înșiși. Adesea inhibiția K-ului parte a unui

1 ULRICH MOSER, Psychologie der partnerwahl, 1957, p.122,123,197

2 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Le diagnostique individuel chez l'enfant au moyen du test du Rorschach. Paris, 1938, ed.2-a, p. 36

sindrom de inhibare a inteligenței. La pubertari, care vor să-și apere fantasmele sexuale, a găsit acest simptom (de exemplu lipsa lui G K+ Ban la pl.III) atât de des încât a fost aproape "normal"[1].

17. *Combinații simultane și succesive.* Despre G-ul combinatoric necesarul a fost deja spus (Cap.4). Și răspunsurile D pot conține bineînțeles combinații, ceea ce la DimD este ceva obișnuit. La "fenomene speciale" trebuie doar să observăm în ce număr și dacă e vorba de combinatorică simultană, sau succesivă, sau despre ambele. Deosebirea între cele două tipuri e puțin semnificativă. Cel mult putem spune că este din punct de vedere artistic superioară și este un semn al unei priviri de perspectivă organizatorică.

18. *Descrieri*. Multiplele "observații colaterale" și "non răspunsuri" care nu sunt cotate formal nu sunt, de aceea, mai puțin valoroase ca semnificație diagnostică. Aici aparțin descrierile. Și aici trebuie trecut în paranteze planșa la care apar. Se scrie de ex: "6 descrieri (I, III, IV, 2xIX, X)". Prin aceasta putem determina dacă este vorba de un efect al șocurilor la negru sau al șocului cromatic. La planșele colorate descrierile sunt varietăți ale șocului cromatic, care apar de obicei la acei oameni, care își intelectualizează sau estetizează sentimentele reprimate. Ei înregistrează în loc să trăiască să rezoneze. Descrierile sunt de asemenea un semn general al agresiunii inhibate[2].

Un rol deosebit par a-l avea descrierile clarobscurului (de clarobscur). Descrierile la planșele negre sunt majoritar de natură formală ("Aici în mijloc e o linie, iar pe margini sunt scobituri și proeminențe mai mici și mai mari" și altele asemenea). Când însă descrierile se referă la umbriri ca atare acestea sunt de înregistrat special ca "descriere de clarobscur" (de ex:" 6 descrieri, dintre care 2 de clarobscur"). RORSCHACH le-a cotat încă drept C, de ex: la planșa IV: " Două culori aici mei închise, colo mai deschise: G C culoare planșa VI: "Două culori, când mai deschise, când mai închise, pe ambele părți la fel": G C culoare, și planșa VII : "Negru și gri, negru deschis" : G C culoare. Le putem considera și cota uneori (ca și în exemplele lui RORSCHACH) ca denumire de culoare. Depinde de formulare. De obicei însă nu au o astfel de formulare ci ceva de felul: "Întunecări și luminări, unele peste altele", ori "Nuanțări frumoase" și altele asemenea. In această formă interpretările sunt foarte apropiate de interpretările clarobscur ale lui BINDER fiind uneori identice cu acestea. În fapt este doar o chestiune de gust dacă o astfel de observație e cotată ca interpretare clarobscur sau ca descriere de clarobscur, deoarece din lucrarea lui BINDER nu se decide dacă observațiile se socotesc ca răspunsuri (atunci ar fi o apărea o diferență minimală față de descrieri), sau nu.

După toate aparențele, la descrierile de clarobscur intervin, în afara inhibiției agresivității și alte simptome. Dar până acum nu avem o delimitare clară pentru aceste valori

1 Această hipertonie poate fi determinată cantitativ cu ajutorul așa numitelor marginale de siguranță. Vezi DAVID KATZ și GEORG KORJUS, Muskeltonus der hand und sicherhetsmarginal. Acta pediatrica, 1943, p.378-397

2 HANS ZULLIGER, Der Z Tafeln Test, ed. 2, Bern.1962,p.55/56, 139, 152

simptomatice. Pe lângă un șoc la negru puternic, o tendință spre descrieri de clarobscur configurează o îndulcire a stimulului anxiogen al petei negre, oglindind astfel un mecanism de protecție împotriva anxietății. Nu arare se găsește această formă de descrieri de clarobscur la personalitățile schizoide. SALOMON a observat că la descrierile de clarobscur cu accentuarea caracterului întunecat arată pericolul "prăbușirii depresive"[1].

19. *Descrieri cinetice*. In destul de rare cazuri se întâlnesc interpretări descriptive, care descriu o mișcare mecanică, fără ca aceasta să fie legată de obiecte concrete. Subiectul vede de ex. la pl. VIII "O mișcare de aspirare prin mijloc ca și cum ar trece pe aici un curent de aer", sau găsește la pl. IX "Ceva ce se rotește cu un centru, sau (la aceeași planșă) "E ca și când printr-un ajutaj se degajă aer și gaz" și altele asemenea. Exemplul lui BECK " o împingere, presiune spre centru"["a certain pull toward the centre"][2], este în orice caz unul din această categorie.

Aceste observații nu au nimic de-a face cu kinesteziile (deci nu sunt descreri "kinestezice"!). Ele nu sunt în nici un caz identice cu răspunsurile k introduse de KLOPFER (obiecte căzătoare sau altele asemenea), ci sunt de perceput doar ca descrieri și nu ca răspunsuri. Este mai bine din punct de vedere practic, fiindcă modul lor de percepere nici măcar nu este identificabil. Ele se apropie cel mai mult de abstracții, dar rămân o categorie specifică a descrierilor. Chiar Rorschach a categorisit răspunsuri ca "Per total o impresie de putere îin mijloc de care depinde totul"(pl. IV), sau "O figură simetrică cu o axă mediană pregnantă, față de care se ordonează totul", drept "interpretări neformulabile" care aparțin "răspunsurilor descriptive"(p.185, 186). El pune aceste descrieri în paralel cu abstracțiile.

La o asemenea înrudire a descrierilor cinetice cu abstracțiile, nu este întâmplător că descrierile cinetice le-am găsit până acum exclusiv la schizofreni și persoane schizoide. Iar când KLOPFER afirmă că k(mic)-urile descrise de el ar fi o expresie a tensiunilor și conflictelor interne[3], atunci acestea semnalizează în aceeași direcție. Și FRED BROWN, care a observat acest tip de descrieri, cu precădere la planșa X (de ex:"totul pare a se mișca in sus, spre vârf"), le consideră ca pe un semn al "proceselor afective schizofrene"[4]. TSCHUDIN, care a observat de asemenea fenomenul (dar care nu îl deosebește de interpretările K), sugerează o incapacitate de-a-și reprezenta trairi vitale de mișcare, kinestezice. Bineînțeles că numai din apariția descrierilor cinetice nu se poate conchide privitor la prezența schizofreniei sau schizoidiei, dar aceste observații se constituie „într-un element al sindromului schizoid".

20. *Pseudo-C-urile sau răspunsurile pseudo-cromatice* sunt răspunsuri culoare, care sunt la limita simplelor descrieri și care nu au vivacitatea autenticelor răspunsuri cromatice. Întreaga categorie nu este foarte importantă, fiindcă nu e nici o nenorocire dacă ele sunt

1 Vezi HANS ZULLIGER, Einfuhrung in die Behn-Rorschach Test, p.69, 169, 180

2 SAMUEL. J. BECK, Rorschach's Test, I. Basic processes, p. 93

3 KLOPFER și KELLEY, The Rorschach Technique, p.279/280

4 FRED BROWN, An exploratory study of dynamic factors in the content of the Rorschach protocol, Journal of Projective Technics, Vol.17, 1953, p.277.

tratate ca simple descrieri. În cazuri foarte rare sunt de luat în seamă ca răspunsuri și nu ca simple descrieri. Tonul și tempoul interpretării sunt cele care vor decide. “Pete de sânge” este fără dubiu un “autentic” CF, “Pată roșie”, sau “Cerneală roșie scursă”, sau “Figură roșie”, sunt, formal, încă CF-uri, dar încep să se apropie de descrieri. O formulare mai rară este “oglindire roșie” spre exemplu, pentru roșul din mijloc al planșei III: “oglindire a negrului de jos, în roșu”. Acest tip de răspunsuri nu mai pot fi considerate alături de adevăratele CF-uri ci sunt mai apropiate de denumirile de culoare și descrierile de clarobscur. La apariția unor asemenea pseudo C-uri (cel mai adesea CF-uri), cel mai bine este să le nu le considerăm (ca si la denumirea de culoare) ca pondere în calculul tipului de rezonanță intimă, decât restrictiv privind valoarea determinantului cromatic în respectivele pseudo-C-uri.

Valoarea simptomatică a pseudo-C-urilor este aceeași cu cea a descrierilor.

21. *Denumirile de culoere*. Privitor la delimitarea între denumirea de culoare și simpla remarcă intercalată s-a spus ceea ce era necesar, mai înainte, la capitolul 4, paragraful C. BINDER[1] și alții consideră că denumirea de culoare nu are valoarea simptomatică a răspunsurilor cromatice (a “C”-ului pur). Aceasta conduce la calculul unui tip de rezonanță intimă “redus” (curățat de denumirile de culoare).

Denumirile de culoare survin în : Oligofrenii (îndeobște doar la formele medii și grave), în epilepsii, în demențele organice (și corespunzător, după electroșoc)[2], în demența schizofrenică, iar între normali, doar la schizoizi și (mai frecvent)la ixotimi. La copii, pâna la 5 ani ele sunt “normale”. (vezi cap .16)

22. *Interpretări clarobscure primitive*. Se impune să remarcăm interpretările de clarobscur primitive ale lui BINDER și în cadrul fenomenelor speciale. Din cauza relației lor cu inconsistența (Haltlosigkeit) și cu slăbiciunea Eu-lui pe care o au, ca și învecinatelor lor, interpretările amorfe de negru și gri, OBERHOLZER le acordă o mare valoare diagnostică și mai ales prognostică, precum în examinările de aptitudini (vezi p.74 si paragraful 50 al acestui capitol). Chiar și un singur răspuns din această categorie este important, și de aceea e un avantaj “tehnic” de-a le nota la “fenomene speciale” și de-a nu le pierde în șirul cotărilor din psihograma formală.

23. *Interpretările clarobscure intelectuale*, ale lui BINDER nu po fi evidențiate din cotare și calculare. De aceea sunt de notat pentru observare, în protocol, la fenomenele speciale. Ele semnifică, după BINDER o strădanie a subiectului de-a “spune ceva deosebit , original, pentru a face impresie prin cunoștințe și cultură deosebite”. Ele sunt prezente, ca și aproape stătătoarele descrieri, la persoanele nevrotice de tip “deștept”, care folosesc o fațadă pseudo-științifică sau pseudo-înțeleaptă pentru a ascunde nesiguranța lor interioară față de sine înșiși și față de alții.

1 HANS BINDER, Die Heldunkeldeutungen ş.a.m.d., p.24.

2 HANS LOWENBACH and C.J.STEINBROOK, Observations on mental patients after Electro-Shock (expunere), citat după KLOPFER și KELLY, The Rorschach Technique, p. 332.

24. *Inhibițiile sofropsihice* ale lui BINDER sunt factori stenici de compensare în psihismul subiectului care care acționează, prin respingere și supracompensare împotriva tendinței de labilitate dispozițională disforică. Aceste respingeri, recuzări, ale trăirilor afective pornește de la Eu și se leagă de "o energie puternică a aspirației, tendinței inteligente", adică cu tendințele conștiente de defensă (de unde numele). Această aspirație spre autodeterminare procură tendințe compensatorii care în cazul nuanțărilor și al interpretărilor clarobscure se evidențiază în *conținuturi*[1]. In cazul i*nterpretării nuanțărilor/ umbririlor* [F(C)+], conținutul arată *o obiectualitate voită* (de ex: "Oală cu laptele fiert dat pe dinafară") , sau sunt *împinse spre departe* (de ex: "soare de amurg, pe fundalul unui lanț de munți îndepărtat la orizont"). La *răspunsurile clarobscure* recuzarea, *respingerea* acțiunii dispoziției disforice, fie prin *îndepărtarea spațială sau temporală* (de ex: "foc în depărtare în stepă", sau "Peisaj lunar"), fie printr-o *prezentare simbolică a distanțării* (de ex: "un personaj straniu într-un peisaj apăsător", sau *o obiectualitate voit seacă*, non antropomorfă (de ex: „intensități de nivel pe o hartă a unei insule ciudate") sau, in fine printr-o implicarea bruscă a unei figuri intermaculare sau a unei interpretări *F afectate, artificioase, forțate*. O supracompensare înrudită cu respingerea afectivității disforice se manifestă și într-un tip de semnificări clarobscure ale unor construcții monumentale, îndeobște într-un mod afectat, artificial, frecvent imediat după o interpretare "autentică" Clob nuanțată dispozițional (Vezi cele spuse despre valoarea simptomatică a răspunsurilor cu conținut arhitectural) Același lucru se produce uneori chiar și în folosirea *simbolurilor religioase* (de ex: "Madona plutind printre nori", sau"Imaginea crucii se ridică din norii de smoală ai iadului"). Respingerea, îndepărtarea spațială poate apărea și în forma interpretărilor "din perspectiva păsării", sau "văzut din avion". Piloții, care sunt obișnuiți cu privirea unor întregi regiuni geografice de la mare înălțime, dau adesea interpretări de hartă care nu sunt în nici un fel FClob. Aici nu e vorba desigur de inhibiția sofropsihică.

Unde apar astfel de inhibiții sofropsihice Se poate considera că avem de-a face cu componente stenice de personalitate, care configurează o prognoză favorabilă .(Importantă pentru indicația psihoterapeutică.)

25. *Interpretări CF și ClobF prelucrate*. Un fenomen extrem de aproape înrudit cu inhibițiile sofropsihice ale lui BINDER sunt prelucrările de CF și ClobF. Sunt răspunsurile care "de fapt" "trebuiau să fi fost" FC sau FClob, dar care in statu nascendi au fost "surprinse" de acțiunea factorilor stenici ale personalității și modificați în FC și FClob. Ei trebuie marcați ca FC și FClob, dar sunt de inregistrat în lista fenomenelor speciale.

CF-uri prelucrate apare destul de frecvent la pl. II, când petele roșii sunt văzute întâi ca pete de sânge, dar apoi se compune o interpretare unde predomină forma. Aici avem răspunsurile precum: "Doi urși ce se bat; se împing atât de tare încât țâșnește sângele". Dacă componenta sânge e cotată separat, deci dacă împărțitm răspunsul în două, rezultatul compozițional al răspunsului ar fi nedreptățit. Subiectului tocmai i-a reușit să "îndulcească"

---

1 HANS BINDER, Die Heldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach, Schweizer Archiv f. Neur. und. Psychiat. Bd.30, 1933, p.235,236, 252-256

semnificarea sângelui și să o integreze într-o structură de legături superioară. (Tendința de-a semnifica însă sângele la planșa II este totuși de remarcat. Adesea se vor vedea și alte trăsături fobice ale subiectului.) Un alt exemplu ar fi răspunsul: “O pictură cu diverse păsări exotice, care se învârt în jurul unei flori”, pentru întreaga planșă X, în poziția c.

Exact la fel apar și ClobF prelucrate. Și aici se manifestă întâi tendința de-a semnifica un Clob. Subiectul însuși este nemulțumit cu acest rezultat și încearcă, cu oarece rezultat să dea răspunsului său o caracteristică formală mai puternică. Astfel răspunsul la întreaga planșă VI, în poziția c: “Eșaparea de la gura țevii a unei mașini de război (prelungirea superioară), iar aici (partea principală) ar fi fumul”, ar fi fost originar referit ca un ClobF; subiectului i-a reușit să transforme semnificarea de fum prin intermediul mecanismului DG (țeava drept catalizator) într-o interpretare FClob, ceva mai artificială, forțată. Un alt exemplu este răspunsul: (tot la pl. VI, dar în poz.d): Asta ar putea fi ca atunci când un tren ar trece și ar face mult abur: el mege prin apă pe care o stropește aici(aripile prelungirilor) si asta se oglindește în apă” (DG, FClob+, Peisaj,Orig+). Încă un exemplu frumos la planșa IV din seria Bero Test:” Este o formație de nori iar cei doi de aici de dedesubt (cei doi omuleți) sunt doi piloți care sar cu o parașută”.

În cazuri rare procesul de prelucrare poate duce la faptul că o semnificare inițial percepută clarobscur în timp ce este exprimată se transformă într-o interpretare de nuanțare/umbrire. Există apoi o excepție și mai rară (despre care vorbește BINDER) când părți mai mari sau planșa în întregime devine F(C). Exemplu: “imaginea oglindită a unei grote; în stânga și dreapta stânci care stau în față, care se ridică dintr-o peșteră care în mijloc merge spre adâncuri” (Bero, pl. VI, poz.d). Subiectul a explicat în anchetă că la început a avut doar o presiune a clarobscurului, dar că detaliile tabloului i-au devenit tot mai acute pe parcursul interpretării.

Și răspunsurile FC și FClob prelucrate oglindesc o tendință stenică de stăpânire a exteriorizărilor afective și a dispozițiilor eruptive. Acestor oameni le reușește, chiar dacă într-o manieră de luptă, să-și controleze excitațiile afective și dispozițiile disforice și să se adapteze solicitărilor realității. De aceea nu e de mirare că acest tip de răspunsuri apar uneori în protocoale unde găsim și inhibiția sofropsihică a lui BINDER și în plus, ambele tipuri de prelucrări (CF si ClobF) apar în aceleași protocoale. Și aceste răspunsuri sunt semnificative practic pentru prognostic.

26. *Impresiile* după ZULLIGER, (sau semnificarile senzației, cum le mai numește uneori) sunt răspunsuri descriptive, care redau impresia generală privitor la o planșă (Bero-Test, p.55/56, 71/72, 104, 107). Ele nu se cotează formal, se notează doar: “impresie”. Exemple: “Culori aerisite, plăcute”,

“Haotic”, Cam murdar”, “Dispoziție de primăvară”, Culori văratice cu impresie festivă”, “ Ceva greu, dureros, ceva ca în ceață, zăpadă și frig”. Ele sunt cel mai adesea forme de manifestare ale șocului cromatic sau la negru ale celor mai dotați artistic, ale esteților și semnifică, atunci când apar frecvent, o sensibilitate mare, cum adesea se găsește la oameni care cad în dispoziții de reverie durabile și uită să acționeze.

27. *Accentuarea (sublinierea) simetriei* (în argoul Rorschach numită scurt “simetrie”, așa cum o numea el însuși) este un fenomen foarte obișnuit. Subiecții mai educați spun uneori direct: “Planșa este simetrică”, sau “aici domină o simetrie, strictă”, alții spun doar “E la fel pe ambele părți”, sau “o parte e la fel cu cealaltă”, alții caută atent dacă cele două părți sunt chiar stict simetrice și constată triumfător o mică nepotrivire. Și simpla constatare “Planșa nu e perfect simetrică”, este de înregistrat drept simetrie.

Valoare simptomatică a sublinierii simetriei este puțin diferită, funcție de manifestarea ei. Sublinierea ocazională, izolată a simetriei este de cele mai multe ori doar un simptom de șoc o umplere a unui gol ideatic, și nu are în afară de asta vre-o semnificație. Căutarea infrigurată a simetriei este după ZULLIGER (Bero-Buch, p.71) un semn al unei nesiguranțe interioare, o teamă de propria impulsivitate, îi se găsește frecvent la psihastenici. Și, în fine, repetiția stereotipă a remarcilor de simetrie, la majoritatea planșelor, dacă nu char la toate, uneori cu exact aceleași cuvinte este un semn al unui psihic epileptiform (epileptic sau ixotim). Același lucru e valabil pentru o a patra formă de accentuare a simetriei, “Reclamarea lipsei (incompletitudinii) simetriei planșei” (“Dece nu se vede asta și pe partea cealaltă?”), care după Zulliger (Tafeln Z-Test, p.82) apare în afară de epileptici și ixotimi, uneori și la schizofreni și schizoizi.

Pentru a putea judeca această stereotipie trebuie notate și pentru simetrie, la stabilirea fenomenelor speciale, în paranteze, planșele la care apar, spre ex. : “Simetrie (I, II, IV, V, VI x 2, IX)”.

Și nesesizarea simetriei (când din două figuri simetrice este interpretată doar una) pare a fi de însemnătate. După SALOMON aceasta ar indica un Eu narcisic, deci dificultăți de legătură (catexis) cu obiectul[1].

28. *Răspunsurile “sau”,* sunt general cunoscute, chiar dacă în afara literaturii americane, unde au fost numite “precision alternatives” de către BECK, li s-a dat mai puțină atenție. Ele sunt considerate ca atare doar dacă subiectul dă două sau trei răspunsuri cu “sau”, sau “ori” între ele imediat, dintr-una, ca de ex. : “Un fluture sau un liliac”, “Un munte, sau mai degrabă o pălărie mare, ascuțită.”. Dacă după terminarea unui răspuns subiectul după o mai îndelungă reflexie dă o a doua interpretare, acesta nu mai este un răspuns “sau”. Se cere a se da răspunsurilor “sau” două cotări formale separate ca și în cazul “fluture sau liliac”, chiar dacă ambele sunt răspunsuri Ban. Dublarea lui Ban în acest caz corespunde faptic banalității ideatice.

Interpretările “sau” sunt întotdeauna, după ZULLIGER (comunicare prin scrisoare) un semn al unei oarecare nesiguranțe ale judecății sau de o “teamă de responsabilitate” (teamă de-a se decide) și au fost observate de noi frecvent la psihastenici, psihopații nesiguri de sine și la nevroticii anxioși.

Este însă nevoie să fim atenți atât la conținut, cât și la formulare. Doar răspunsurile asemănătoare (de ex. “Crab sau hidră”, la albastrul din pl. X), ca și formulări nesigure

1 FRITZ SALOMON, Ich Diagnostic im Zulliger Test, Bern, 1962, p.110

("Animal marin sau ceva"), vorbesc mai repede de nesiguranță, în timp ce conținuturi foarte diferite traduc bogăția imaginativă. Încă MORGENTHALER (comunicare prin scrisoare) crede că această explicație este mai frecventă. La acest tip de persoane a găsit o serie întreagă de răspunsuri înșirate cu "sau"între ele. Și aici decisivă e finețea observației.

29. *Răspunsurile perspectivă* apar de obicei la combinațiile DimG, sau la interpretările de nuanțe/ umbrire, [adesea ca DimF(C)+], se găsesc însă și la interpretări formă. Valoarea lor simptomatică corespunde în mare măsură celei a răspunsurilor arhitectură si celor ale construcțiilor din cazul inhibițiilor sofropsihice. Un sentiment (trăire) al inconsistenței interioare trebuie supracompensat (RORSCHACH, p.199/200). Ca și inhibițiile sofropsihice ale "luării distanței" și răspunsurile perspectivă oglindesc o "impingere în fundal". De aceea sunt după ZULLIGER de tratat ca un semn gneral al tendinței de refulare[1].

30. *Pedanteria de formulare*, pe scurt numită "Pedanterie" este o prezentare digresivă, cu vocabular și /sau dicție căutate, cu descrierea imediată a tuturor amănuntelor. Uneori domină repetiția stereotipă a unei formulări, alteori digresiunile. Exemplu: "Pl.II: "Da, aici iar e prezentă simetria, pe axa verticală, culoarea neagră nu este repartizată uniform", Pl. III: "Da iar avem aici simetrie, axa verticală, aceleași culori, negrul ceva mai bine exprimat... roșul nu e nici el uniform repartizat; Pl. IV.: "Iar este simetrie, și cu axa verticală, care e menținută în negru" etc., etc., etc.

Cum este cunoscut din clinica psihiatrică digresiunea pedantă este un indiciu al epilepsiei genuine sau lezionale sau transformărilor epileptiforme de caracter. În practică ei se manifestă adesea cu accentuări stereotipe de simetrie si denumire de culori. (Exemplul de mai sus provine de la o pseudopsihopatie lezională ixofrenă).

31. *Confabulațiile*. Nu se găsesc doar în răspunsurile DG-, ci și răspunsurile proaste G-, D- și Dim- pot conține confabulații. Acestea sunt Orig-, care sunt complet nemotivate, prinse din aer. Exemple: Pl.II, negru:"Veveriță" D, F-, A, Orig-; Pl.V. : "Aici e ceva de cerb" DG, F-, A, Orig-, poz.b : "putem găsi și un leu" G, F-, A, Orig- (encefaloză); sau: Pl. II, intermacular: "O pasăre" Dim, F-, A, Orig-, Pl. IV: "Un șobolan" G, F-, A, Orig-, Pl. VII, poz c: "Un iepure" Dg, F-, A, Orig- (psihopatie inconsistent-pseudologică la o fată de 15 ani); Pl. I "O cămilă" DG, F-, A, Orig-, Pl.VII, treimea de sus: "Doi canguri" D, F-, A, Orig-, treimea de jos: "doi iepuri"(partea laterală a conturului superior= capete, urechile iepurelui din poz.c= labe) (Psihopatie pseudologică a surorii gemene a subiectului anterior).

Există, bineînțeles foarte rar, si răspunsuri Ddim, cum, spre exemplu unei părți ale părții intermaculare în roșu ale planșei Z II (B5/6) cineva spune: " Cap de taur din față, cu coarnele". Aici ar trebui cotat Ddim, F-, Ad, Orig-.

Și combinațiile confabulatorii (vezi capitolul 4) sunt de pomenit pentru listarea fenomenelor speciale.

---

1 HANS ZULLIGER, Schwierige Kinder, p. 138, apoi: Psychoanalyse und Formdeutversuch, Psyche, 1950, p 850

32. *Contaminările* sunt oricum nu întotdeauna G, ci apar și la răspunsuri D. Contaminările schizofrenilor vechi sunt *adesea concomitent și neologisme.* Aceasta nu survine aproape niciodată la schizotimii sănătoși sau la schioizi. Aici contaminarea are formă mai adaptată la realitate (de ex. roșul sus la pl.III: "Un animal de genul maimuței cu aripi, un animal fabulos", sau forma atenuată a diverselor încrucișări, mixturi si "obiecte intermediare". In toate aceste cazuri controlul realității este exprimat explicit, semnificatorul găsește el însuși aceste mixtări ca nereale.

În cazuri rare pot apărea contaminări "autentice" ce pot fi observate "in statu nascendi". Sun cele descrise de către HOLT și NEIGER[1] drept transformări, la care interpretarea se modifică chiar din timpul procesului de interpretare (de ex.: " La început am gândit că sunt căluți de mare, acum s-au transformat în câini cu cozi lungi"). Depinde aici foarte exact de formulare (atenție la protocolarea cuvânt cu cuvânt!). Un răspuns precum "Ceaa ce am numit mai înainte Moise, poate fi și diavolul", *nu* este o transformare. Transformările autentice sunt după NEIGER semne ale unei tulburări de gândire schizofreniforme, chiar dacă pot apărea câte o dată, în mod excepțional și la un "normal".

Ca și răspunsurile cifră sau poziție, contaminările apar ocazional și la copiii preșcolari, în mod deosebit la copiii sub 5 ani și cu preponderență la fete. AMES et all[2] aduc exemple ca "Hartă de fluture"("buttterfly map"), "Hartă de câine", "Zbor de cal". Acesta este o altă dovadă că unele reacții ale schizofrenilor sunt de conceput ca probabile regresii la un stadiu din copilăria timpurie.

Confabulațiile și contaminările sunt sunt de considerat separat. Ele pot apărea împreună, dar aceasta e faptic foarte rar fiindcă părțile componente ale contaminărilor în sine sunt de obicei forme bune.

33. *K-urile secundare* sunt de înscris separat [de ex. "K=5(1-, 2sec.)], , dar din cauza marii lor importanțe diagnostice cel mai bine este să se înregistreze și la înșiruirea fenomenelor speciale. Chiar dacă apar și la maniacali, valoarea lor diagnostică importantă este în legătură cu epilepsiile. În cazurile rare în care apar la normali, sunt de aceea un semn al trăsăturilor caracterului ixotim și în mod obișnuit apar și alte simptome care certifică această direcție.

F-K urile confabulate, apărute extrem de rar sunt bineînțeles de trecut printre fenomenele speciale , pentru ca la evaluarea tabloului final să nu fie trecute cu vederea. Ele nu ar trebui să apară niciodată într-un protocol normal; ele se găsesc ocazional la schizofreni, ici și colo însă și la epileptici (GUIRDHAM).

34 *K-urile reprimate* sunt o apariție extrem de rară și pot fi omise de către începători.

Cum de altfel a fost comunicat în "Rorschachiana I, se întâmplă ici și colo ca interpretări care indubitabil s-au constituit prin determinare K, în cele din urmă, ajung

1 ROBERT.R.HOLT, Primary ans secondary processes in Rorschach Responses, Journ. Of Proj. Techniques, Vol. 20 1956, p.21 și STEPHEN NEIGER,Introduction to Rorschach Psychodiagnostic, Part II, Specific reactions, Toronto, 1956, p. 99/100

2 AMES, LEARNED, METRAUX, WALKER, Child Rorschach responses, New York, 1952,p. 179, 280/281

la o formulare care le răpește caracterul kinestezic. Momentul kinestezic este refuzat de conștient, trăirea nu este dorit să fie actualizată, iar vitalul interpretării este, ca să zicem așa, "omorât". K-urile reprimate sunt prin aceasta diferite de K-urile secundare: Trăirea, rezonanța kinestezică a K-ului secundar, apare după ce interpretarea a fost dată; în cazul K reprimat, trăirea kinestezică, rezonanța kinestezică este dimpotrivă pierdută atunci când interpretarea s-a formulat, dar a fost prezentă înaintea interpretării.

Exemple: Prelungirea mare laterală la pl. IV: "Umbra cuiva care urcă un munte" (FClob+); prelungire mare laterală a pl. VI : "Monument de piatră reprezentând o persoană aplecată, cocoșată" (F+). Ar trebui să fi un Pigmalion sau un Rodin pentru a te putea identifica cu o piatră. Dar înainte ca interpretarea să devină piatră, identificarea era prezentă. La fel este când "soldatul în poziție de drepți" (negru în prelungirea superioară a pl. VI) devine soldat de plumb (F+).

Este important și uneori dificil *să deosebim K-ul reprimat de K-ul refulat.* La refularea K-ului, din șocul kinestezic, niciodată nu am avut un k prezent; Răspunsuri precum "Caricaturile a doi oameni cu gâturi lungi" la pl. III, sau "Sperietoare de ciori" la pl. VI, nu au, pur și simplu nici o kinestezie ca deteminare. Dimpotrivă, la K-urile reprimate a existat mai întâi o trăire kinestezică, care apoi a fost înlăturată prin *retușare*. Răspunsurile F- de la pl. III sunt în majoritate reprimări de K; Faptic s-a întâmplat o dată ca o persoană să interpreteze chiar și oamenii din această planșă drept K refulat, anume: "Imaginea umbrelor a două persoane care ridică un vas de jos". Că la un K reprimat a fost într-adevăr inițial o trăire, o rezonanță kinestezică prezentă, se poate vedea din următorul exemplu, unde întregul proces ne apare, ca să spunem așa, sub lupă. Acest caz de graniță se găsește in manualul lui BECK[1]și sună astfel: "Arată ca două femei strâmbându-se una la alta...sau statuile a două femei care se strâmbă una la alta... sau busturile a două femei strâmbându-se una la alta... așezate precar pe o stâncă".

În contrast cu BECK, credem că cel mai corect este să cotăm răspunsurile drept *F (respectiv FClob).* Se poate scrie apoi scrie deasupra "K repr." și în orice caz este de remarcat fenomenul în înșiruirea de la fenomene speciale.

In scurta prezentare a lui FREUD "Negarea" (Die Verneinung)[2] aceasta este tratată ca un compromis între recunoașterea intelectuală și respingerea afectivă, astfel că și noi considerăm reprimarea K-ului ca un compromis: trăirea naturală îndrăznește să se manifeste ca o kinestezie, dar este respinsă de o rezistență încă nu total străpunsă.. Spus mai exact: aceste răspunsuri oglindesc lupta dintre două tendințe psihice, facerea de cunoștință cu o postură, sau identificarea cu o persoană și rezistența, pe care postura sau identificarea vrea să o mențină încă refulată în inconștient. Dar rezistența e deja prea slabă și se ajunge la "*străpungerea refulării*". Aceste răspunsuri sunt date aproape fără excepție de către persoane care sunt în tratament psihoterapeutic sau sunt într-o criză existențială, care forțează o anume postură nevrotică, până atunci însușită, acceptată, să cedeze. Așa spre ex. o femeie de 19 ani, care era pe drumul de-a se desprinde de autoritatea parentală, dar care încă nu era

---

1 SAMUEL. J. BECK, Rorschac's Test, I, Basic processes, New York, 1944, p. 103

2 SIGMUND FREUD, Gesammelte Werke, Vol.14, p.11-15.

totală, comportându-se încă ca un copil neautonom, să interpreteze pentru partea inferioară a "piciorului de scaun" de la pl.VI: "O figură de copil cu cap roptund și corpul mic, nu e un copil viu". K-urile reprimate sunt deci indicii ale unui proces de relaxare, destindere, afânare, care dizolvă inhibiții mai vechi, ele sunt importante răspunsuri complexuale, ale căror conținuturi ne fac adesea posibilă deducerea problemei cu care subiectul este tocmai acum preocupat interior în terapie sau în viață. Putem spune: K-urile refulate sunt semne ale unei inhibiții, ele sunt de înțeles cauzal și se referă la trecut; K-urile reprimate sunt semne ale unei soluții, ele sunt de semnificație finală și se referă la viitor. K-urile refulate ne arată doar procesul nevrotic încheiat, închis, iar K-urile reprimate vindecarea sau schimbarea în curs. De aceea nu este atât de ușor de văzut când apar ambele tipuri de răspuns în același protocol, așa cum subiectul care, înaintea Răspunsului "Umbra unui om urcând muntele" la pl. III, dă interpretarea "două marionete" (F, K- refulare).

A nu se confunda *Devitalizările* (= *deanimări*, sensu FRENCH) apărute la șocul la gol (LOOSLI-USTERI)[1]cu K-urile reprimate. Aici aparțin toate statuile, desenele, caricaturile, umbrele de imagini, etc. ale figurilor umane sau animale. Devitalizarea este un concept mai larg. Toate reprimările de K sunt devitalizări, dar nu toate devitalizările sunt K-uri reprimate. Cele mai multe sunt însă reprimări ale K-urilor. Ele sunt, după LOOSLI-USTERI, în general semne ale *anxietății de contact*. Această semnificare negativă mai apasă asupra K-urilor reprimate, dar prognosticul lor este mai bun.

În plus, se pare că există și Kmic (K) reprimat, ca de exemplu pentru figurina gri a planșei VII, mijloc jos.

35. *K-urile cu sens dublu* au fost descrise de ZULLIGER in manualul Bero-Test (p.62). ZULLIGER dă următorul exemplu: Planșa III: "Doi oameni încearcă să-și atingă mâinile, sau merg ambii înapoi". Un altfel de exemplu ar fi: Pl. VII, poz. c: Două fetițe dintre care una face un semn de invitare, cealaltă unul de refuz" (răspunsul e bineînțeles al unei femei). După ZULLIGER ar fi vorba de o tendință de mușamalizare, ascundere a interiorului, pentru a nu-l observa, a nu-l vedea. La lucru sunt aici tendinț*ele de fugă și de disociere*, de clivaj, de ruptură. Găsim aceste răspunsuri la nevrotici, la personalitățile schizoide (ambele pot fi concomitente) și când este vorba de două dispoziții contrare prezente (râs-plâns), cum e în stările mixte (amphithymie).

36. *CF cu snzații corporale* au fost descrise tot de ZULLIGER în Bero Test (p.62). El dă ca exemplu un răspuns la pl. III: "Doi coșari săraci, înfrigurați și jerpeliți se încălzesc la foc".

Astfel de răspunsuri dau liber pentru a conchide asupra unei aptitudini pentru entuziasm și extaz, unde prin extaz înțelegem exaltarea creatoarte, în sens bun sau prost.

Extazul joacă un rol important în psihologia socială modernă. El este, așa cum spune KAREN HORNEY[2] foarte plastic, cea mai puternică expresie a tendinței "dionisiace" (în

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Manuel pratique du test du Rorschach, Paris, 1958,p. 94

2 KAREN HORNEY, The Neurotic personality of our time, vezi și ERICH FROMM, The escape from freedom.

sensul lui NIETSCHE), de-a aduce împrună marea interdependență (Dumnezeu, lume, natură stat, ca substitut pentru religie) și a se scufunda în acest tot. Această tendință este ceea ce mai numim "pierdere de sine". Ea este înrudită cu masochismul.

37. *Perseverarea (perseverația).* Prin perseverație înțelegem capacitatea de-a persista, neclintirea conținuturilor imaginației, adică tendința lor de-a se impune mereu conștientului[1]. Este o premiză inalienabilă a procesului de învățare. In sens clinic întrebuințăm expresia în mod obișnuit doar în sensul unei capacități de persistare ridicate ca și aici. Dacă la testul Rorschach veobim scurt de "perseverare", vorbim în primul rând de perseverarea conținuturilor interpretărilor. Aceasta poate apărea stricto sensu în trei forme diferite. Aici se adaugă încâ două forme de tendințe de perseverare formală. Avem deci *cinci forme de perseverare diferite*.

a) Cea mai puternică este așa numita formă de *perseverare organică (brută*). Aici apare mereu același conținut de interpretare, la două sau mai multe interpretări *consecutive*, și nu arare este transferată și la următoarea planșă. In cazuril cele mai grave poate da la toate cele 10 planșe aceiași interpretare ("monotypical record"). Această formă, chiar în manifestările ei cele mai ușoare, este sugestivă pentru o *tulburare lezională (organică),* dar poate să se manifeste și în epilepsii (care oricum în USA sunt catalogate printre tulburările mentale "organice"), și apar pe ici colo în *schizofrenii* și la *oligofrenii*. Și la aceste ultime grupe pot apărea "monotypical records"[2].

b) Dacă forma aceasta brută este tipică pentru organici, o altă variantă este tipică pentru epileptici, anume cea numită "Aderența la tema de bază" (BOVET)[3]. Subiectul nu răspunde cu exact aceași interpretare, de ex. "Cap de câine", dar rămâne la aproximativ aceeași categorie de conținuturi, care variază doar farte puțin, de ex. "cap de cal", "cap de pisică", "cap de șarpe", "cap de crocodil" etc., toate capete de animale. Dacă cumva prinde o temă nouă, spre exemplu flori, și aceasta este păstrată pentru un timp (trandafiri, gladiole, gura-leului, orhidee, etc.). Între ele pot apărea, în mod obișnuit și perseverări adevărate (de tip a).

c) O formă atenuată de perseverație, ce apare frecvent în cazurile ușoare de epilepsie si în leziuni organice ușoare este perseverația tipului *ruminativ* (BOHM). Aici apare același răspuns, cu același conținut, din nou, dar apar alte răspunsuri diferite între repetări. Aici ar merge conform mottoului: "Dacă nu poți mai departe, o începi de la început". O anumită frecvență de răspunsuri banale nu este de ajuns pentru a o considera. (de ex. de două ori "Liliac", la pl. I și V, sau de două ori 'Blană de animal" la IV și VI). Dacă însă cineva spune de două ori "Un pod peste un râu", sau "O turlă de biserică",ori "coada unei păsări",adică nu răspunsuri foarte obișnuite, atunci e de considerat perseverație, char dacă între ele există și

1 Cercetări fundamentale, ARTHUR WRESCNER, Die Reproduktion und Assotiation von Vorstellungen, 1907-1909

2 SAMUEL J. BECK, Rorschach test,II, New York,1949, p.45 și 59

3 TH. BOVET, Der Rorschach Versuch bei versciedenen Formen von Epilepsie, Scweizer Archiv f. Neur. u. Psychiat., Vol.37, p. 156/157.

alte răspunsuri.Ocazional însă și aceste perseverații sunt determinate complexual și nu sunt organice sau schizofrene. E de luat în considerare atât forma cât și conținutul. Mai exact, dacă singurele perseverări ruminative sunt anat- sau sex-, ele sunt în genere nevrotice. La preșcolari perseverarea e fiziologică.

d) O perseverare doar formală, dar de o coloratură specific epileptică este cea descrisă de GUIRDHAM[1] ca "*perceptional perseveration*". Ea ține de modul de percepere. Subiectul alege părți asemănătoare ca formă (de obicei D, sau Dd), pe care le semnifică însă diferit. Unul va căuta toate peninsulele asemănătoare, altul toate toate proeminențele rotunjite, etc. Deosebit de frumos se vede "perceptional perseveration" uneori la originalitățile de percepere, când cineva, de ex. mai întâi la pl. I, negrul din mijloc jos, împreună cu ambele figuri intermaculare le interpretează ca "O rață" (capul e jos), apoi figura intermaculară pl. II, împreună cu vârful negru (cap) și cu partea medie a roșului (labe), o interpretează ca "Gâscă". Un alt exemplu (în nici un caz o originalitate de percepere) ar fi ambele interpretări "Un vultur cu capul la dreapta", pentru întreaga planșă I în poz.c și "Un om zburător, fața înspre dreapta, cu urechi artificiale de cal" la întreaga planșă V, unde pata mică nesimetrică pe cap a fost luată în considerare.

e) Perseverarea părților percepute este cea mai slabă și e doar o perseverare formală. Aici perseverarea nu mai apare în răspuns. Ea constă din aceea că subiectul se cramponează de aceeași parte a petei la care dă mai multe răspunsuri. El nu se poate comuta, despărți rupe de o parte a petei pe care a interpretat-o odată. Apar atunci o serie de câteva interpretări ale ale aceluiași detaliu (și binînțeles și ale planșei întregi). Această perseverare apare într-un grad ridicat la ixotimii normali, adică la normalii cu anumite trăsături de personalitate epileptoidă. Dar le găsim uneori și la alții.

Diferitele interpretări ale aceluiași detaliu se pot deosebi, îndepărta una de alta, atât de tare încât despre similitudinea conținuturilor nici nu mai poate fi vorba. Formele bune apar în mod obișnuit. Doar în cazuri excepționale tendința de-a da mai multe răspunsuri la același detaliu poate costa acuitatea formei, așa ca în exemplele următoare: Student în drept cu inteligență superioară semnifică albastrul pl. VIII întâi ca "ori un corset" apoi "ori cutia toracică" și la anchetă spune că ambele răspunsuri s-au referit la întreg albastrul, adică fără intermacular.

38. *Stereotipia anatomică*. Ajungem acum la diversele stereotipii. Cea mai comună este desigur un A% mare, dar aici la fenomene speciale vom considera doar unele varietăți ale ei. *Diferențierea* unei stereotipii de "*aderența la temă*" poate prduce unele dificultăți. Aderența epileptoidă la temă este o dificultate *de comutare* în timp ce în stereotipii este vorba de predominența unei anume teme. In timp ce la aderența la temă pot apărea mai multe teme, ca într-un lanț de inele închise în sine, cu treceri de la un inel la altul, testul cu stereotipii este în general dominat de o singură temă, prevalentă, cu o mulțime de interpretări din aceeași categorie de conținuturi, împrăștiate în întreg protocolul. Stereotipia nu are de

1 ARTHUR GUIRDHAM, The Rorschach test in epileptics, The Journal of Mental Science, Vol.81,1935,p.890

asemenea nimic în comun cu perseverarea autentică, adică cu repetarea aceluiași răspuns la diverse pete; dar survine uneori in combinație cu perseverarea.

Stereotipia anatomică este deci, predominanța răspunsurilor anatomice în rubrica conținuturilor. Ea este "crucea" care poate răstigni testul Rorschach. Fiindcă ea poate copleși mari părți, dacă nu chiar întregul protocol și prin aceasta să sufoce aproape toți ceilalți factori ai testului. Când Anat% este foarte mare (60-100%) testul în ansamblu nu mai are mare valoare. Inteligența e greu de determinat, iar un diagnostic practic imposibil, sau în orice caz foarte nesigur. Dar dacă RORSCHACH credea, că stereotipia anatomcă este expresia unui "complex de inteligență", a hipocondriei, a epileptoidiei sau a nevrozei acute de accident (catastrofă), sfera cazurilor în care apare stereotipia anatomică s-a lărgit. VEIT o găsește în parkinsonismul postencefalitic[1], OBERHOLZER în nevrozele de beneficiu (Rentenneurose)[2], MAHLER –SCHOENBERGER și SILBERPFENIG la amputați[3], SINGEISEN la bolnavii cardiaci și pulmonari[4], AMES et all. la un grup de senili[5], iar ZOLLIKER[6] constată că stereotipiile anatomice pot domina întregul protocol, la practic toate grupele de bolnavi pe care i-a văzut; schizofreni, epileptici, diferite afecțiuni cerebral organice, cleptomani, perverși, nevrotici,etc. Se adaugă cei tratați cu electroșocuri, care scurt timp după electroșoc, adesea dau 100% interpretări anatomice. Singurul lucru pe care îl mai putem spune despre un astfel de protocol este că el nu este "normal" ci arata o" posesiune narcisică a întregii scheme corporale" (MAHLER și SILBERPFENIG). Dar, popular spus, pe aceasta nu poți cumpăra nimic.

La un procent ceva mai mic de răspunsuri anatomice (50-60%) se poate uneori, din restul răspunsurilor, stabili un diagnostic sau/și arunca o privire asupra inteligenței subiectului.

La un procent de anatomii de sub 50% nu mai suntem în dificultate din cauza acestei stereotipii de o valoare simptomatică atât de nespecifică.

Suntem într-o postură mai bună atunci când stereotipia anatomică este combinată cu perseverația, adică atunci când perseverarea apare la răspunsurile anatomice (de ex. de cinci ori "cutie toracică" pe parcursul unui protocol). Această perseverare e în majoritate cea de tip ruminativ. In asfel de cazuri avem de decis între ixoidie (epileptoidia lui RORSCHACH), epilepsie genuină cu caracter isteric, epilepsie traumatică (BOVET, op. citat) sau o nevroză hipocondriacă, adesea o nevroză de organ.

---

1 HANS VEIT, Der Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica im Rorschach'schen Formdeutversuch. Zeitscr. f. Neurologie, Vol.110, 1927,p.301-327

2 EMIL OBERHOLZER, Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustande nach Schadeltraumen mittels Rorschach'schen Formdeutversuch, Zeitschr. f. Neurologie, Vol. 136, 1931,p. 620

3 M.MAHLER-SCHOENBERGER și J. SILBERPFENIG, Der Rorschach'sche Formdeutversuch als Hilfsmittel zum Verstandnis der psychologie der Hirnkranker. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie, Vol. 40, 1937, p. 302-327

4 FRED SINGEISEN, Rorschach Befunde bei chronisch Lungentuberkulosen und Herzkranken, Schw. Arch. F. Neurol. u. Psychiatrie, Vol.45, 1940, p.230-247

5 AMES et all, Rorschach responses in old age, New York, 1954, p.92 și următoarele

6 ADOLF ZOLLIKER, Schwangeschaftdepression und Rorschach'scher Formdeutversuch, in "Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutvesuch, Zurich, 1944, p. 77.

39. *Stereotipia părților corpului* este o predominanță stereotipă a răspunsurilor Hd, care nu sunt “fețe” sau “capete”, ci brațe, degete, picioare, gâturi etc. Când ea este foarte exprimată, iar răspunsurile sunt în majoritatea lor Do, ele au valoare precaritate a factorilor inteligenței, indicând adesea debilitatea mentală. În alte cazuri ea indică un grad înalt de infantilism, eventual asociat cu debilitatea.

40. *Stereotipia fețelor* este, dimpotrivă, un simptom predominant al anxietății fobice. Vom reveni la discutarea nevrozelor asupra ei.

41. Răspunsurile infantile sunt fenomene care aparțin predominant rubricii conținuturilor. (Privitor la ambele excepții, răspunsurile inverse și abstracțiile infantile, vezi paragrafele următoare). O serie de categorii de conținuturi care sunt date de copiii normali, pot fi văzute ca răspunsuri infantile dacă sunt date de adulți. LÖPFE[1] consideră aic răspunsuri precum: degete, litere, cifre, hărți, reminiscențe din cărțile pentru copii și deosebit de multe interpretări de obiecte și natură. (Actualizând, aici intră personajele de desene animate, sau din filmele pentru copii; pentru aprecierea calității formale a răspunsurilor e necesar ca experimentatorul să cunoască, măcar în parte personajele, și obiectele specifice acestor ”lumi” ale copilăriei fiecărei epoci. Ne referim mai ales la aspecte scenografice sugerate din filmele de ficțiune ca “Startrack”, “Stăpânul inelelor”, sau “Harry Potter” n. t.). La aceasta se adaugă observația lui RORSCHACH (p.176) că între 6 și 8 ani copii interpretează preferențial plante. Ar mai fi aici de amintit răspunsurile Pars-pro-toto. Când sunt autentice ele sunt de cotat cu A, sau H (vezi cap 5). Adevărate răspunsuri Pars-pro-toto la adulți sunt rare.

O problemă în sine sunt răspunsurile *K infantil*. Aici copiii ca urmare a trăirilor lor totemice pot să se identifice chiar cu animale mai puțin antropomorfe, astfel că unele interpretări de animale la copii pot deveni K-uri, ceea ce la adulți nu se întâmplă. Dar putem, la apariția unor astfel de interpretări la adulți, să le considerăm ca o formă de infantilism psihologic. Este indubitabil corect. In practică apare însă un pericol semnificativ: Experimentatorii mai puțin experimentați sau cu o intuiție mai puțin cultivată, pot să considere că răspunsurile de animale în mișcare la care nu există nici o identificare să fie cotate drept K și astfel să conchidă fals privind infantilismul. De aceea este de recomandat cea mai mare reținere, și să se considere K-uri infantile doar acele răspunsuri animaliereunde există o przență nemijlocită a identificării. Exemplu: Planșa VII, treimea superioară: “Un puișor mic care bea; își întinde gâtul și dă capul pe spate, așa” (subiectul imită mișcarea). Faptul că acest răspuns este, concomitent, un răspuns complexual oral, considerarea unei fixații infantile în acest caz devine mai probabilă. Insă nu este K: “Un câine care se cațără printre blocuri de stâncă”, cu toate că câinele este mult mai apropiat de om decât pasărea.

1 ADOLF LOPFE, Uber Rorschach’sche Formdeutversuche mit 10-13 jahrige Knaben, Zeitschr. f. angew. Psychologie, 1926, p.202-253

42. *Interpretările inverse* sunt o categorie de răspunsuri infantile din motive formale. Așa cum arăta încă în 1909 William Stern[1], la copiii între un an și jumătate și 4 ani nu se modifică forma obiectului perceput vizual dacă imaginea stă cu capul în jos, în timp ce adulții manifestă un soi de "anizotropie". După F. OETJEN (1915), un elev al lui G.E.MÜLLER și după o cercetarea a lui R. MOUCHLY din școala lui KURT LEWIN[2] această "superioritate" a copiilor este constatată și la copii mai mari (OETJAN, 9-13 ani, MOUCHLY, 5-8 ani), dar semnificativ mai puțin decât la 3-4 ani (MOUCHLY).

De aceea nu e de mirare că WEBER [3]găsește la circa 10% din copii săi interpretări inverse. (Cum au fost constatate aceste răspunsuri a fost discutat în capitolul 4 D).

Se întâmplă că subiectul dă interpretări rotite doar cu 90º, cum este spre exemplu interpretarea planșei în poziția b sau d, ca și când ar fi în poziția a. Dacă aceasta este o variantă a interpretării inverse , adică infantilă, nu este încă clar.

La adulți am întîlnit interpretări inversate până acum în *demența senilă* și la cei cu deosebit de *dotați pedagogic*. Pare că "infantilismul pozitiv" al pedagogului își are originea în reminiscențele din cărțile pentru copii și în interpretările inverse și dimpotrivă, mai puțin în alte forme de răspunsuri infantile. După o observație a lui ULRICH MOSER interpretările inverse apar, alături de alte răspunsuri infantile și la Ingineri, dintre care cel puțin o categorie dintre ei, și-au cultivat impulsurile ludice în mecanică, prin profesie.[4] In afară de aceasta, astfel de interpretări pot apărea și ca o parte a sindromului narcisic, și în fine apar în unele cazuri și în traumatismele cerebrale și la epileptici, părând a fi și la ixotimi mai frecvente.

43. *Abstracțiunile infantile* sunt de asemenea o proprietate formală a modalității de percepere infantile. Ele sunt, după ZULLIGER (Tafel Z-Test, p.82) o concepere a întregului cu pornind de la considerarea exlusivă a contextului extern. (Exemplu: "Vază" pentru întrega Planșă III, "Ceapă", pentru întreaga planșă VIII, "Casă" pentru planșa II din Z –T în poz. c, "Cap de taur" , pentru planșa II din Z-Test, in poz. c). Unele dintre aceste răspunsuri arată ca contopiri dintre fond si figură, dar nu întotdeauna. ("Capul de taur" este însă o astfel de contopire). Majoritatea acestor interpretări au un anumit moment confabulator. Ceeace este semnificat aici a formulat odată foarte frumos BRUHN, când (în legătură cu dezvoltarea configurațiilor la copii) vorbește despre o "percepere primitivă a configurației, care este atrasă de întreg, de unitate, fără să fie atent la relații, legături"[5].

Astfel de abstracțiuni infantile sunt "normale" până la circa 8 ani. Mai târziu sunt de considerat ca infantilisme, ca întîrzieri de dezvoltare. Adică controlul reacțiilor la astfel de persoane este relativ incomplet, precum copiii fac dificil diferența dintre fantezie și realitate. Frecvent aceste răspunsuri sunt și originale de percepere, semnalizând astfel o oarecare precaritate a simțului realității.

---

1 WILLIAM STERN, Zetschrift f. angew. Psychologie, vol.II 1909, p. 498 și următoarele.

2 Mai multe despre MOUCLY în WOLFGANG KÖHLER, Gestalt Psychology, New York, 1945, p.215

3 A.WEBER, Der Rorschach'sche Formdeutversuch bei Kinder, in "Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutvesuch, Zurich, 1944, p. 59

4 A.WEBER, Der Rorschach'sche Formdeutvesuch bei Kinder, op. cit. p.59

5 KARL BRUHN, Blackflackforsok med barn och ungdom, Helsigfors, 1953, p.54

Apropiate de abstracțiile infantiel ale lui ZULLIGER (dar nu identice) sunt și "*reacțiile la contur*", ale lui MEREI, cel puțin în a doua lor formă. (Prima formă, atenuarea în răspunsurile Dd la periferia petei, am considera-o, cel puțin la planșele negre mai degrabă ca șoc la negru). MEREI consideră tot ca reacție la contur perceperea petei ca contur exprimat sau sens al interpretării, de ex. "Contur al unui profil uman", "Marginile unei insule". NEIGER[1] scrie despre asta: "Contururile sunt un semn infantil, sau mult mai frecvent, un semn regresiv".

44. *Detalierea*. Cum am amintit la anterior, unii oameni simt nevoia să dea, în răspunsurile lor, exact toate detaliile, de exemplu să enumere toate părțile corpului unor animale sau oameni. MEREI a vorbit primul despre *detaliere*. ZULLIGER a găsit această trăsătură (alături de interpretarea de jucării), frecvent la copii. Ea este concomitent semnul unei anumite anxiozități; cei în cauză vor, cum spune ZULLIGER, "să-și dovedească lor înșiși și celorlalți că au formulat bine". La adulți detalierea este deci "o trăsătură infantil-anxioasă"[2].

45. *Repetărlle.* Prin repetare se înțelege darea aceluiași răspuns la aceiași pată, cu toate că a mai fost dată odată mai înainte, pentru că subiectul a uitat că a mai dat-o și o crede o nouă interpretare. Cum se constată asta am descris în capitolul 4, paragraful D. Repettările "veritabile" sunt întotdeauna semne ale tulburării organice de memorie. Mai apar ocazional în alcoolismul cronic ușor.

46. Valorizările sunt remarci marginale, care conțin o judecată de valoare, spre ex.: "Planșa asta este mai puțin frumoasă decât precedenta", "Ar fi trebuit desenată altfel; asta este prea dizarmonică", "Asta e foarte bine făcută", ș.a.m.d. Judecățile negative sunt bineînțeles, adesea simptome ale șocului, iar cele pozitive pot fi și ele ("Ce culori frumoase !",etc.). În rest, astfel de valorizări de natură estetică sau chiar morală apar în principal la epileptici, organici, și debili mental, ocazional însă la normalii înclinați spre artă și la aceea care dau cu plăcere "cenzuri".

47 *Autoreferirile* (numite si "referiri la sine") constau în forma brută în *proiecția propriei persoane în interpretare*, ca de ex. :"Doi porci, ăsta eram eu", (VIII) (RORSCHACH, p.162), sau: "Acesta sunt eu însumi" (IV), sau: "O mască, oi fi eu?", sau: "Asta sunt eu în oglindă". Sau poate fi făcută o remarcă colaterală precum: "Azi am avut dureri cumplite de dinți". În formele mai ușoare autoreferirile sunt în mod obișnuit doar referirea la trăirile propri, de ex.: "Asta îmi amintește de un cățel mic și dulce pe care l-am avut acasă", sau "În copilărie am avut o păpușă care arăta exact așa", ș.a.m.d. ZULLIGER[3] deosebește autoreferirile de *amintirile personale*. Dar cred că este vorba doar de grad si nu de mod diferit de referire.

1 STEFAN NEIGER, Spezifische Reactionen und besondere Phänomene im Rorschach-Versuch, ed. 2, p.12

2 HANS ZULLIGER, Praxis der Zulliger Tafeln und Diapositiv Tests und ausgewalte Aufsetze, Bern und Stuttgart, 1966, p87 și 129

3 HANS ZULLIGER, Der Z-Tafen Test, ed.2, Bern 1962, p.77

Autoreferirile brute se întâlnesc în principal la schizofreni și epileptici, mai rar la organici și oligofreni. Formele mai ușoare nu sunt rare la nevrotici (egocentrism), dar apar ocazional și la sănătoși, la schizotimi (și bineînțeles la schizoizi). Ele au în general caracterul egocentrismului infantil[1].

48. *Răspunsurile cifră (număr)* și

49. *Răspunsurile poziție* cotate ca atare, sunt bineînțeles trecute în calculare. Este însă practic să fie trecute și în lista "*fenomenelor speciale*", pentru ca aceste elemente importante pentru evaluare să nu fie trecute cu vederea. Chiar simpla lor apariție are o semnificație diagnostică și anume pe direcția schizofreniei sau schizoidiei, când nu e vorba de copii mici.

La *răspunsrile poziție anatomice* nu percepția este primară și compararea, potrivirea, secundară ci invers, conținutul interpretării, adică reprezentarea anatomică autoreferită a schemei corporale este primară și compararea, potrivirea cu pata, care urmează acestei reprezentări, este secundară (MAHLER-SCHOENBERGER și SILBERPFENIG, op.cit. p.314). Acest mecanism se întâlnește, în afara mutilaților, în principal la oligofreni și schizofreni.

50. *Concretizările*. In studiul său despre schizofreni, WOLFGANG BINSWANGER[2] afirmă că la schizofreni, în afara abstracțiilor a observat și contrariul, respectiv concretizările, adică transformarea in imagini a unor gânduri, demersuri verbale. Ca exemplu ne dă (Planșa III): "Aici sunt doi bărbați care se joacă cu inimi de fete". Vom reveni asupra observației la capitolul despre schizofrenii.

51. *Negrul și albul ca valori cromatice*. In cazuri destul de rare se dau răspunsuri cromatice (mai ales FC, mai rar CF) și la petele de culoare neagră, gri, sau albă. Ex. de semnificare a negrului (gri): "Vulpe albastră" (pl. VI, FC+), a griului: "Elefant" (detaliu de la pl. VII, FC-), sau "Blană de șoarece" (pl. VI, FC+), a albului "Om de zăpadă" (intermacular, pl. IX, FC+). Chiar interpretări precum "Fluture negru" (Pl. V. G, FC+) și "Capete de corbi" (Pentru jumătatea exterioară a aripilor Pl. V) (Dd, FC+) sunt incluse aici. Este util să notăm expres interpretările de negru, gri, sau alb, să fie diferențiate la calculare, chiar dacă sunt răspunuri autentic cromatice ca determinare, ca spre ex: "FC=6(+)(între care 2 negre)"

Asa cum ne comunică SCHNEIDER[3], RORSCHACH a observat astfel de interpretări la epileptici și la normali cu tendințe la dispoziție depresivă conștientizată (teamă de afect). BINDER[4]spune că în special interpretările de alb ("O cupă splendidă de marmoră albă"

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Manuel... , p. 101

2 WOLFGANG BINSWANGER, Ueber den Rorschac'schen Formdeutversuch bei akuten Schizophrenien, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch, Zurich, 1944, p.118

3 ERNST SCHNEIDER, Eine diagnosticsche Untersuchung Rorschach's auf Grund der Hedunkeldeutungen ergantzt, Zetschr. F. Neurol, Vol.159,1937, p. 5/6

4 HANS BINDER, Die Helldunkeldeutungen... p. 59

și altele asemenea), mai ales când apar mai multe, trădează o dispoziție *euforică*. Despre apariția albului și negrului ca valori cromatice în epilepsii și ocazional la schizofrenii foarte confuzi a scris RORSCHACH însuși (p. 30, și 39).

ZULLIGER a atras atenția (Tafeln Z-Test, p.58, 243) că interpretările de alb apar mai ales la persoane hipersensibile și ușor vulnerabile, care se străduiesc să-și disimuleze vulnerabilitatea.

Dacă răspunsurile de negru și de gri se apropie de răspunsurile clarobscure primitive ale lui BINDER, adică au o formă amorfă, imprecisă, atunci ele se notează astfel. Acest fel de răspunsuri (de ex: "Grămadă de cărbuni", "Ceva ars", "Metal topit") apar după OBERHOLZER[1] la traumatici și traumatici defectuali, ca semn al indolenței și indiferenței, care poate merge până la apatie și torpoare. Și la naturile pasiv-resemnate (ca de ex. la locuitorii insulei Alor, din insulele Sonde)[2] pot să apară. De această trăsătură se leagă și apariția lor la psihopații instabili (Haltlosen). Dacă răspunsurile alb, gri, sau negru ca valoare cromatică sunt oarecum concise, ne putem gândi la epilepsie, ixotimie constituțională sau ixofrenie lezională sau chiar la post-efectul electroșocului, dacă ele sunt amorfe este vorba de indolență, inconsistență sau un defect traumatic.

52. *Negarea culorii.* Acest fenomen a fost descris de PIOTROWSKI drept "color denial"[3] și constă din faptul că subiectul neagă verbal influența culorii/cromaticului asupra interpretării sale, chiar când aceasta este, în mod evident, prezentă, ca în ex: "Flori, dar nu din cauza culorii". După PIOTROWSKI valoarea simptomatică a negării este încercarea dea reprima intenționat sentimentul de teamă/anxietate față de amăgiri înșelătoare dureroase. Mai târziu PIOTROWSKI a diferențiat trei forme de negare a culorii[4]: 1. Forma tocmai amintită, pe care o consideră o formă specială a șocului cromatic. 2. Subiectul spune că culoarea nu a contat in interpretare pentrucă e "falsă" (deci opusă "reacției la culoare falsă" a lui MEREI) și trădează o anume superficialitate a sentimentelor și totodată o căutare de trăiri sentimentale mai intense. La copii e vorba mai degrabă de imaturitate, la adulți de o anume evitare a realității. 3. Subiectul dă o interpretare cromatică "veritabilă", dar neagă apoi printr-o remarcă influența culorii; aceasta o găsește PIOTOWSKI la oameni care reacționează întâi emoțional spontan, ca apoi să dorească intenționat să-și reprime aceste emoții/sentimente. În toate trei cazurile există o reducere a imlicării cu toată stimularea ambientală resimțită. PIOTROWSKI consideră doar această ultimă formă drept răspuns cromatic autentic. Noi credem însă că și prima formă trebuie notată în majoritatea cazurilor ca răspuns cromatic, mai ales atunci când se pune problema unui răspuns CF. Și KLOPFER[5]

1 EMIL OBERHOLZER, Zur Differenzialdiagnose organisch-psychischer und psychogen bedingter Storungen nach Schadel und Hirntraumen vermittels Rorschach'schen Formdeutversuches. Bericht, I internazionallen neurologischen Kongress, Bern 1931

2 OBERHOLZER, in CORA DU BOIS, The People of Alor, Minneapolis, 1944, p. 597

3 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, A Rorschach Compendium, Revised and enlarged, The Psychiatric Quarterly, Vol 24, 1950, p. 578

4 ZIGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.243-245

5 BRUNO KLOPFER et all., Developments in the Rorschach Technique, New York, 1954, p. 697/698

menționează fenomenul (mai ales la anchetă), dar îl valorizează pozitiv ca pe un soi de manifestare de defensă, o părere la care noi nu putem adera. Explicația lui PIOTROWSKI ne pare cea mai probabilă.

53. *Culori pestrițe (policrome) la planșele negre*. Ici și colo apar culori la interpretările din planșele negre, astfel când un subiect la planșa I spune că ar fi "Sânge". Uneori se fantasmează adevărate simfonii de culoare în planșele negre. KLOPFER pomenește și el fenomenul: "mulți subiecți văd fluturi tropicali multicolori reproduși în pete, ca intr-o fotografie"[1].

Valoare simptomatică a acestui fenomen rămâne încă puțin în ceață. In unele cazuri pare a fi vorba de un tip deosebit de confabulații așa cum e când un pacient interpretează linia mediană și prelungirile ei la pl. VI drept Piedestal într-un parc" adăugând apoi, arătând spre partea principală a planșei: "restul ar trebui să fie ceva verde". PIOTROWSKI[2] explică fenomenul, analog cu negarea noastră, ca o fugă de dubitația pesimistă spre o dispoziție veselă confabulată, care nu este deci "autentică". El găsește această "color projection" cu precădere la organici sau în cazuri de schizofrenie ușoară sau în debut, dar uneori și în nevrozele obișnuite[3]. KLOPFER vorbește de o "sublimare avortată"[4]. MEREI, care denumește fenomenul "chemarea culorii"[5], este de părere că subiectul, în astfel de cazuri resimte lipsuri afective, emoționale într-o anume parte a vieții sale, sau ar dori să aducă mai multte sentimente în această parte a vieții (vezi si teoria privind caracterul perceptiv al planșelor la "modificări").

GUDMUND SMITH[6] observă că relevarea de culori la proiecțiile sale alb-negre este un indicator prețios al psihozei. Poate că fenomenul "Policromie în planșele negre" (respectiv în părțile negre ale petelor) poate fi uneori un semn al unei dezvoltări psihotice, dar nu în toate cazurile.

54. *Culoare falsă.* Între reacțiile specifice MEREI a găsit una, pe care a numit-o "culoare falsă". După STEFAN NEIGER este vorba de un adjectiv conținut în interpretare, care desemnează o culoare neadecvată, ca și cum pata colorată ar fi "mai bine" interpretată prin această "minciună". Astfel sunt "Urși roșii" la pl. VIII, sau "Frunze albastre" la aceași planșă. (De notat că "Ăștia roșii sunt urși" nu e același lucru, culoarea fiind folosită doar pentru indicarea localizării. Aceasta nu mai este "culoare falsă").

După MEREI și NEIGER acest fenomen ar apărea la oameni care simulează sentimente, trăiri, care se prefac că sunt adaptați emoțional, sentimental, dar în realitate nu

1 KLOPFER și KELLEY, op.citat,p.141
2 ZIGMUNT PIOTROWSKI, A Rorschach Compendium, Revised and enlarged, The Psychiatric Quarterly, vol.24, 1950, p.577/578 și 581/582
3 ZIGMUNT PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.242/243
4 BRUNO KLOPFER et all.Developments in Rorschach Technique, 1954, p.581 și 697
5 După STEFAN NEIGER, Spezifische Reactionen, Insbruck, (manuscris)
6 GUDMUND SMITH, Differential iagnosis of psychosis by mean of Percept-genetic-technique, in Rorschachiana IX, Bern, Stuttgart Vienna, 1970, p. 578

sunt. Ei doresc să și-i apropie pe ceilalți, să-I lege de el, fără ca, la rândul său, să poată lega sentimental de cineva. SALOMON vorbește aici de o "deplasare de afect"[1].

Această reacție de "culoare falsă" nu e de confundat cu răspunsurile pe care le putem obține uneori de la persoane discromatopsice (daltoniști de ex), care au probleme cu deosebirea roșului de verde spre exemplu. La aceștia "răspunsurile de culoare falsă" tocmai că nu este vorba de mințire privind realitatea percepută. Astfel, de exemplu, "autenticul" șoarece gri din pl. VIII este legat de restul petei de altă culoare din pricina anomaliei percepției culorii[2].

55. *Dramatizarea culorii*. Tot de la MEREI provine conceptul de "dramatizare a culorii". Subiectul dă unor culori un rol dramatic sau le atașează valori sau semnificații simbolice. Negrul și roșul planșei II, devin spre ex: "Sânge și doliu", sau culorile planșei VIII sunt "dramatizate" în răspuns: "Roșul vrea să cuprindă gri-ul, dar albastrul nu îl lasă". După MEREI și NEIGER (Op. citat, p.9) acest tip de răspuns se găsește la isterici, care își înscenează simțirile. – Prezentăm aici această concepție a lui MEREI cu o oarecare reținere. Probabil că aici se confundă două fenomene. Simbolizarea culorilor, după constatările lui ZULLIGER (Bero-Buch, p.71) ca și prezența interpretărilor abstracte și simbolice, semnifică mai degrabă o " aptitudine cultivată de sublimare" împotriva afectelor deranjante. După propriile noastre constatări, apar astfel de simbolizări și la nevroticii cu personalitate schizoidă. Explicația lui MEREI privind istericii teatrali ar fi adecvată doar într-un sens restrâns, anume la dramatizarea culorii. Doar în acest sens am preluat conceptul aici.

56. *Răspunsurile EQa*. Apar uneori răspunsuri care conțin proprietăți ale obiectului interpretat de obicei tridimensional, cum ar fi *greutatea*, *soliditatea*, ca în exemplul: "Un bulgăre greu de plumb". GUIDHAM a propus notarea acestor răspunsuri cu formula EQA (essential quality astereognostic). Această desemnare se bazează pe o neînțelegere de cuvinte. GIRDHAM pornește ca neurolog de la simptomul "astereognoziei" (tulburare de percepere a relațiilor spațiale), dar nu ține cont că "a"-ul inițial este privativul, negarea. Corect ar fi fost "essential quality stereognostic". Din rațiuni practice, formula a fost păstrată fiindcă așa a fost introdusă în literatura de limbă engleză. Principalul este însă că privitor la semnificația notării lucrurile sunt clare. Se impune ca în protocol să se se înscrie Eqa deasupra formulei răspunsului în cauză, iar fenomenul să fie expus încă o dată la rubrica de fenomene speciale. După GURDHAM aceste răspunsuri apar la persoane inteligente cu aptitudini deosebite pentru sinteze abstracte.

---

1 FRITZ SALOMON, Diagnostic des mecanismes de defence dans le test Z individuel et colectif, in Rorscachiana V, Bern, 1959, p292

2 EDUARD MÜLLENER,Rorschach Befunde bei Farbblindheit, Zeitschr. f. Diagnostische Psychologie und Pesonlichkeitforschung, Vol IV, p. 11

57. *Răspunsurile Eqe*. În aceeași lucrare[1] GUIRDHAM propune ca la răspunsuri H, Hd, A, sau Ad, la care se reține o expresie deosebită de mimică să fie notate cu EQe (essential quality emotional), cum ar fi de ex: “privire supărată”, “râzând prietenește”, “temătoare”, “batjocoritoare”, “arogantă” etc., privitor la fețe. Ele apar, după GUIRDHAM la cei inteligenți cu aptitudini artistice, creatoare și par, după experiența noastră, să trădeze o afinitate pentru talentul actoricesc.

Apropiat de EQe și uneori identic este conceptul de “*intenționalitate*” a lui MEREI. El înțelege prin acestea răspunsurile în care subiectul atribuie figurilor umane sau animaliere caracteristici sufletești, ca de ex: “Om supărat”, “Câine bine dispus”,sau “Doi porumbei stau la o șuetă”. După MEREI și NEIGER (Op.citat, p.11) astfel de răspunsuri vorbesc despre trăsături paranoide, întrucât aici s-e proiectează un conținut psihic subiectiv peste interpretare. Noi nu am merge chiar așa departe ca MEREI și NEIGER. Dar când răspunsurile EQe au un conținut amenințător sau înfricășător (de ex. fețe înfiorate, sarcastice, înfricoșătoare, perfide, etc.) pot fi semnificate și după părerea noastră ca simptome paranoide.

58. *Răspunsurile KF*. Cu KF desemnează KLOPFER și PIOTROWSKI animalele văzute evident în mișcare. LOOSLI-USTERI[2] a inspirat la desemnarea drept KF a acestor răspunsuri. (Revenirea e necesară pentru a evita confuzia cu F-K –urile lui RORSCHACH). După PIOTROWSKI [3]aceste răspunsuri sunt de înțeles calitativ, pe de-o parte ca “model de activitate subcorticală controlată”, (Perceptanalysiss, p.192), pe de alta roluri tipice ale comportamentului social manifest de la vârsta de 6-8 ani (p.196). Când KF și K contrastează, aceste roluri s-au schimbat (p.197). Aceste posturi, atitudini timpurii influențează comportamentul la slăbiri ale conștiinței. (p.198). KF-urile se modifică, ca și K-urile într-o psihoterapie. Cantitativ, KF-urile sunt după PIOTROWSKI o măsură aproximativă a vitalității (forței tensiunii) (p. 201-202). După LOOSLI-USTERI, ele sunt mai puțin expresia unei afectivități infantile (ca la KLOPFER) decât “atitudini interioare încărcate de tabuuri”, care pot fi proiectate într-un animal. KF-urile active sunt de judecat ca “rezerve tăcute”, cele pasive, dimpotrivă, ar ascunde “Lipsa de forță sufletească ascunsă adânc “.

Bineînțeles că mișcarile percepute la animalele non-antropomorfe, sunt simple F-uri și sunt de marcat ca atare. Dar ar putea fi de-a dreptul util să privim mai îndeaproape interpretările de mișcare deosebit de pregnante care se apropie de mișcările antropomorfe (în cazuri de limită), să scriem deasupra KFși de-a le nota apoi în lista fenomenelor speciale. KF ar fi atunci *mișcările antropomorfe la animale non-antropomorfe.* Ele sunt uneori apte de-a fi judecate drept răspunsuri complexuale, acest lucru argumentând ipoteza lui LOOSLI-USTERI. Dar mișcarea trebuie să ne spună într-adevăr ceva (“Taur atacând”, “Iepure șezând cuminte” etc.) Leoparzii pășind, sau rațe zburând și altele asemenea sunt fără importanță pentru subiectul nostru.

1 ARTHUR GUIRDHAM, On the value of the Rorschach Test, The Journal of mental sciences, Vol.81, 1935, p.863

2 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Personlichkeitsdiagnostik, Rorschachiana II, p.17

3 ZIGMUNT A.PIOTROWSKI, Perceptanalisis, New York, 1957, p192-202

59. *Răspunsurile k (Kob).* LOOSLI-USTERI ar dori ca și răspunsurile h ale lui KLOPFER să fie preluate de notarea/marcarea cu k (Op. citat, p.17/18). Prin aceste răspunsuri LOOSLI-USTERI și PIOTROWSKI înțeleg însă doar imagini din natură și obiecte în mișcare. (KLOPFER socotește aici și măștile, fețele grotești, simboluri, etc., deci o delimitare neclară). După PIOTROWSKI[1] ele reprezintă visele de dorință nerealizate, pe care individul însuși le consideră de neatins. (El consideră aici și răspunsurile de explozie de bombă sau erupțiile de vulcan). Ele surprind o tendință spre auto și hetero-observație și apar mai ales la cei cu inteligență superioară. PIOTROWSKI observă mai apoi că la începutul unei psihoterapii numărul de k-uri scade, ca spre sfârșit să majoritatea să dispară aproape total. După LOOSLI-USTERI aceste răspunsuri ar oglindi "cele mai profund inconștiente" atitudini/ posturi interioare, care sunt imediat și energic refulate, sau niciodată ajunse măcar în conștient. Ar fi totuși de cumpănit dacă "Covorul zburător" sau "Vaza căzând" exprimă într-adevăr astfel de tendințe. Experimental putem să folosim k in formula dublă, reținând cotarea regulată a răspunsului cu F (sau FC, sau cum e cazul) bineînțeles pentru calcularea principală pentru a nu falsifica materialul brut pentru evaluare. În afară de asta ne ferim de amestecul și confuzia cu descrierile cinetice.

La adulții normali ar trebui ca Numărul de K să depășească KF+k. Când raportul e invers aceasta ar semnifica, după KANDINSKI (Privitor la problema interpretărilor de mișcare) că subiectul și-a lăsat fantasmele fără apărare și de aceea este mai puțin adaptat realității (Aceste reguli sunt desigur utilizabile doar dacă ne decidem la o utilizare expansivă a cotărilor KF și k. La o notare restrictivă așa cum am prezentat-o noi, această regulă nu mai e valabilă. Reveriile și adecvarea la realitate se pot releva prin alte moduri).

60. *Neclaritatea subiectivă asupra modului de percepere* este incapacitatea subiectului de-a-și localiza interpretarea. Ea apare în principal la confabulațiile oligofrenilor eretici (PFISTER)[2] dar se găsește ocazional și la traumatizații cranio-cerebral (KELLEY)[3].

61. *Accentuarea mijlocului respectiv a marginilor* este predominanța părților mediane, centrale, respectiv a celor laterale în alegerea interpretărilor. O accentuare încrâncenată, obsesivă a marginilor abia dacă apare vre-odată, căci indivizii practici care se aruncă asupra lateralelor dau de regulă și câte o interpretare centrală. Contrariul, predominanța anxioasă a interpretărilor mijlocului cu puține, sau chiar nici o interpretare laterală nu sunt rare și semnifică, după ZULLIGER, cum a fost deja menționat (Capitolul V, II, 7) o nesiguranță interioară, teama de-a se pierde (ZULLIGER Bero Test, p.106).

Ar fi de amintit aici că precum în grafologie și în testul Rorschach se face vizibilă o anume simbolică a spațiului, care a fost observată mai întâi de către RORSCHACH și

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1956, p. 210/211 și The movement score, in MARIA A. RICKERS-OVSIANKINA, Rorschach Psychology, New York, 1960, p.150, 151

2 OSKAR PFISTER, Ergebnise der Rorschach'schen Versuchs bei Oligophrenen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Vol. 82, 1925, p.198-223

3 DELAY, PICHOT, LEMPERIERE et PERSE, Le test Rorschach dans les Psychoses Organiques, Rorschachiana V, Bern, 1959, p.49

OBERHOLZER (Psychodiagnostik, p.212-213) și configurată mai apoi de către LOOSLI-USTERI[1] Astfel multe interpretări pe axa verticală o nevoie de sprijin pe figura paternă, multe interpretări pe axa orizontală o fugă spre matern. Interpretările schimbătoare de la cele periferice (în special a scobiturilor), la detalii de pe axa centrală poate semnifica o atitudine profundă ambivalentă față de tată. Dd-urile, predominante în partea superioară a planșelor pot semnifica o tendință spre "sus", fie spre spiritual, fie o grandoare autoreferită (delir de grandoare), în timp ce predominața în partea inferioară a Dd-urilor ar semnifica mai degrabă tendințe depresive.

62. *Asociațiile acustice* sunt o apariție extrem de rară. Se întâmplă că subiectul sub impresia petei interpretate *aude* ceva și descrie ceeace aude. De obicei sunt reminiscențe muzicale, o temă dintr-o frază muzicală, etc. Dar nu e necesar să fie neapărat asociații muzicale.; cineva s-a exprimat astfel: "Aici e un obiect pe care cineva îl rupe; se aude cum face'crashh'".

Asociațiile acustice par a apărea aproape exclusiv la cei muzicali activi, sau cel puțin pasivi. Și KUHN raportează astfel de cazuri ("câini lătrând", "greeri țărâind", sau "clopote bătând") la o muziciană[2]. În ce măsură manifestarea are de-a face cu o înclinare spre sinestezie, nu a fost încă cercetat.

63. *Inhibiția de instalare*. Un șoc la negru izolat la planșa I, nu ar putea apărea aproape niciodată. Dacă planșa produce dificultăți de interpretare din cauza caracterului ei întunecat, acest lucru e obișnuit (iar dacă la planșa IV nu intervine fenomenul de ruptură) la planșa VI și de obicei, la celelalte planșe negre aceste dificultăți se manifestă de asemenea. Dificultățile izolate datorate negrului planșei I se concepe ca fenomen sui generis. Am numit-o inhibiție de instalare (Rorschachiana I). Ea se poete manifesta în feluri diferite, de ex. prin faptul că toate formele de la planșa I sunt proaste, în timp ce la celelalte planșe nu avem F-, sau abia de apare vre-o una. Sau ambele Do-uri din întregul protocol apar în planșa I, sau există aici DG-uri, care nu mai apar apoi. Țin de inhibiția de instalare: 1. Nu se constată nici o tulburare de interpretare la celelalte planșe negre (altfel este vorba de șocul la negru și la pl. I) și 2. Nivelul interpretărilor la planșa I este semnificativ mai slab decât media generală. Cea mai frecventă și cea mai ușoară formă a tulburării este un răspuns anatomic F- la pl. I, ca singur răspuns anatomic al întregului test. In cazul unui F% redus, inhibiția de instalare ar putea fi prezentă ici și colo, dar e greu și nesigur de determinat, așa că este mai bine să nu o luăm în seamă.

Începutul oricărei acțiuni presupune impulsuri voliționale mai puternice. Când suntem în mijlocul ei lucrurile merg "de la sine". La fel, o inhibiție de început este comportamentul normal și la Rorschach. MORGENTHALER a constatat acest lucru expres în experimentele

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Manuel pratique du test Rorschach, Paris 1958, p.60,61

2 ROLAND KUHN, Ueber Rorschach's Psychologie und die psychologischen Grundlagen des Formdeutversuches, in 'Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch", Zurich, 1944, p.44

sale de împărțire în două (“Half split”, n.t.) (Vezi anexa acestui capitol).[1] O anume inhibiție de instalare este deci prezenă întotdeauna. Dar ea este de obicei minimală și nu sare în ochi. Doar acolo unde este cazul vorbim de inhibiție de instalare în sens tehnic.

Valoarea simptomatică a acestui fenomen nu este explicată în întregime. Desigur că “teama de necunoscut” a lui OBERHOLZER (ca și la șocul la negru) joacă un anume rol. Categoriile de subiecți pe care MORGENTHALER îi găsește atipici, cu reacții de alegere negative la planșa I (Op.citat, p.47) ne dau câteva puncte de sprijin: Nesiguri de sine, depresivi, anxioși și nevrotici anxioși,unii esteți, și numeroși nevrotici cu tendințe de supracompensare (protest masculin). La unele din aceste categorii inhibiția de instalare, în sensul nostru, nu este vizibilă din păcate datorită șocului la negru. (Șocul la negru nu declanșează inhibiția de instalare, el o acoperă, o ascunde doar). Noi am descoperit manifestarea în general la nesiguri și ocazional la ixotimi, care nu au doar dificultăți de comutare dar și dificultăți de instalare. PIOTROWSKI consideră “plate I shock” drept un semn al suspiciunii și neîncrederii crescute[2].

Suntem de acord că sunt posibile interpretări ca cele ale lui WEBER privind un conflict cu autoritatea paternă, sau considerarea de către LOOSLI-USTERI a unui “Șoc inițial” cu interpretări de figuri feminine la Pl. I , situații destul de frecvente, ca pe un conflict cu mama[3]. Probabil însă că în aceste două cazuri este vorba mai degrabă de acțiunea șocului la negru pe care ambii autori nu l-au delimitat clar de inhibiția de instalare. Tocmai fiindcă ambele apar frecvent împreună, pentru scopuri de cercetare să nu se noteze inhibiția de instalare în cazul concomitenței șocului la negru și să rezervăm nota’ia pentru cazurile rare unde nu apar semne ale șocului la negru. Factorul de cercetat este doar astfel izolat.

64. *Iluzia de asemănare/identitate* este reprezentarea eronată a subiectului că două sau mai multe planșe sunt asemănătoare/identice. Ei fac remarci de felul : “Nu am mai văzut odată asta?”, sau “Asta nu e la fel cu cea dinainte? (prima, a doua etc.)”, ori “E mereu aceeași (la fel)”,sau “toate sunt la fel” etc. Ele sunt în mod deschis expresii ale încurcăturii, stingherelii. Golul asociativ momentan este resimțit penibil iar motivul intern este proiectat înapoi pe obiectul percepției: pata. Această iluzie de identitate este deci o *raționalizare prin proiecție*. Ea nu trebuie confundată cu perseverarea cu critica subiectului (autocritică) (“Groaznic, eu văd mereu același lucru”), fiindcă aici nu se proiectează nimic în planșă și nici nu e vorba de o iluzie. Dar chiar și “veritabila” iluzie de identitate poate fă fie combinată cu perseverări ceea ce se poate vedea la epileptici și la schizofreni.

Privitor la valoarea simptomatică a acestui fenomen nu s-a spus ultimul cuvânt, dar pot fi afirmate următoarele:

Izolată iluzia de identitate apare ca urmare a șocului la negru sau cromatic, deci din cauză de “Horror vacui”, teama de gol, cu precădere la psihastenici, apoi, pe lângă trăsăturile epileptoide în epilepsii și psihopatii epileptoid-paranoide (BUCHHOLTZ –Paranoia).

1 Vezi LUDWIG KLAGES, Handschrift und Charakter, Leipzig 1923, p. 9
2 W. MORGENTHALER, Ueber Modifikationen beim Rorschach, Rorschachiana II, p. 42
3 ZIGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.305

Frecventă, repetată (adesea de 4-5 ori într-un protocol) iluzia identității apare la asociali de tipul escroc, care proiectează în mod obișnuit propriile dificultăți pe ambient, pentru a arunca vina de pe sine (evitarea răspunderii), ca și la senzitivii paranoizi, ca și la psihozele presenile de coloratură paranoidă (paranoia de involuție). Ocazional la paranoizi iluzia de identitate apare doar izolat (1-2 ori).

Faptul că iluzia de asemănare/identitate ("notions concerning resemblances and common meaning of the cards", p. 286) are o legătură cu proiecția paranoidă (" is a typical paranoid belief", p.323) a fost constatată, independent de noi, de către ROY SHAEFER[1]

65. *Denegarea/Tăgăduirea* (*Die Verleugnung*) este un fenomen remarcabil care pare să apară majoritar, dacă nu chiar exclusiv, la șocul la negru. Subiectul manifestă semne vizibile de șoc la negru (reducerea răspunsurilor, Dd, Do, tulburări de succesiune, forme proaste, etc.), dar exprimă manifest confortul și plăcerea la planșele întunecate, spunând spre ex: "Ceva așa de aerisit, ușor, dansant" la planșa IV, sau salută planșa VI cu expresia: "Aici sunt imagini vesele", dar apoi nu se regăsește. Comportamentul este analog cu cel de la șocul cromatic prelucrat. Însă, dacă acolo e vorba doar de o variantă a unei inhibări de afect, la șocul negru renegat/refuzat se neagă disconfortul (anxietatea) prezent, actual al Eului față de ambient.

Fenomenul, rar, pare să fie întâlnit exclusiv la hipomaniacalii cronici sau oricum la oameni cu un *temperament circular*. Din psihanaliză cunoaștem mecanismul de quasi-defensă "denegarea prin fantasmă" sau "denegarea prin vorbă și acțiune"[2]. În practică, HELENE DEUTSCH și BERTRAM D. LEVINE au găsit mecanismul de denegare activ tocmai la hipomaniacalii cronici sau pasageri (vezi ANNA FREUD, Op. Citat, p.96, nota de subsol) Pare că acesta este unul dintre "mecanismele de aprindere" psihogene, care accelerează probabilul comutarea, schimbarea, generată probabil endogen de la depresie la hipomanie.

O utilizare a mecanismului de denegare (denial) la un Eu intact este imposibilă. Șocul la negru denegat este de aceea (în contrast cu de cel supracompensat) este tot un semn al slăbiciunii Eu-lui.

66. *Răspunsurile negative și interogative*. Foarte des apar răspunsuri în formă negativă: ("Un liliac nu prea e", "o frunză, nu, nu seamănă" etc.) sau și sub formă de întrebare ("O fi un animal patruped ?", "E o vază nu-i așa?"). A considera negația doar ca un apendice așa cum sugera KLOPFER[3] nu este corect, după părerea noastră. Cel mai bine este să le notăm formal ca răspunsuri pozitive și să judecăm negația sau interogația la fenomenele speciale. Această formulă o utilizează și KUHN[4]. Ambele feluri de răspunsuri, negative și interogative, după FRÄNKEL și BENJAMIN (Op. Citat), se constituie dintr-o combinație de autocritică și critică a obiectului.

1 M.LOOSLI-USTERI, Personlichkeitsdiagnostik, Rorschachiana II, p.20

2 ROY SHAEFER, Psychoanalitic Interpretation in Rorschach Tecnique, New York, 1954

3 Vezi ANNA FREUD, Das Ich und die Abwehrmechanismen, Wien, 1936, p.81, p.97

4 BRUNO KLOPFER & DOUGLAS MCGLASHAN KELLEY, The Rorschach Technique, New York, 1942, p.71

Valoarea lor simptomatică se concentrează pe trei domenii:

a) Ambele sunt (precum critica obiectului și mai ales autocritica, precum și F- imprecise, provenite din tendința de reținere, retragere) semne ale *nesiguranței*. BECK exprima aceasta foarte nimerit “Self confident individuals do not ask; they tell you[1]”. Ambele categorii de răspunsuri se află de aceea de multe ori în aceleași protocoale, în special la psihastenici, la psihopații nesiguri de sine, și la nevroticii anxioși. Renegări izolate sau răspunsuri interogative izolate pot apărea la toți oamenii, și arată trăsături de nesiguranță, cum pot apărea în debutul de schizofrenie, dar și la practic “normali”.

b) Ca semn al criticii interpretării ambele categorii pot fi un semn pentru diagnosticul diferențial al demenței organice în raport cu oligofrenia.

c) În anumite cazuri, anume când răspunsul e un F-, sau în alt fel ciudat, bătător la ochi din punct de vedere formal, poate fi vorba de un răspuns complexual cu refulare parțială. (Trimitem din nou la descrierile lui FREUD privind “renegarea”, vezi paragraful K-urile reprimate”). NIETSCHE a descris premizele refulării (termenul a fost introdus încă în 1816 de HERBART în psihologie) cu celebrele cuvinte: “Aceasta am făcut eu, spune “mintea” mea. Dar asta nu puteam să o fac eu, spune mândria mea și rămâne neînduplecată. În cele din urmă, mintea cedează.” Dar dacă instanța care reprimă, refulează, cea pe care NIETSCHE o numește mândrie, slăbește, mintea revine în prim plan. Dar mândria rămasă încearcă din nou; refularea, reprimarea totală în inconștient nu mai reușește, ea poate să aducă fapta doar până la denegare. Aceasta ar fi explicația rarelor răspunsuri complexuale denegate (tăgăduite).

67. *Contopirea figură-fondl* este probabil cea mai interesantă manifestare din punct de vedere psihologic ce poate apărea la testul Rorschach. Ea apare fără excepție la unele interpretări de umbrire/nuanțare care se compun dintr-o figură intermaculară și o parte neagră sau colorată a petelor ce o înconjoară și pentru care se folosește în mod obișnuit desemnarea formală: Dim F(C)+ sau DimD F(C)+ etc., și uneori chiar: Dim FC+. Dar nu toate Dim F(C) –urile sunt ipso facto răspunsuri contopire formă-fond. Trebuie deosebite trei grupe de răspunsuri intermaculare din punct de vedere al psihologiei percepției:

a) *Dim F(C)-urile obișnuite*, văzute atât tridimensional cât și ca o contopire formă-fond. Astfel este de ex. interpretarea la planșa III: ”Un lac vulcanic în crater, cu munți de lavă, văzut de sus”, văzut foarte natural. Albul și griul sunt două figuri în sine, iar lacul este văzut fie în fața muntelui, sau invers. Același lucru e valabil pentru răspunsul: ”Câmp (verde) cu stuf (deschis) și apă (intermacular), la planșa IX, precum și “Două coame de munți și între ele un lac”, ca răspuns la brațele și picioarele bărbaților,+figura intermaculară de la planșa III. Aici nu se “topește” nimic.

b) *Dim F(C) de pespectivă*, precum exemplul cunoscut “Alee cu pomi, o pagodă cu trepte în fundal” la negru si albul de la Pl.II. Răspunsurile de perspectivă sunt chiar opusul contopirii formă-fond.

1 ROLAN KUHN, Der Rorschach Formdeutversuch in der Psychiatrie, Basel, 1940, p.15

c) *Dim F(C) cu contopire formă-fond*. Inainte de-a da exemple aici, trebuie să amintim ultimul capitol al acestei cărți (Privitor la fundamentele teoretice ale experimentului) unde ne referim la cercetările lui EDGAR RUBIN privind raporturile figură-fond. Cititorul găsește acolo redate cele șapte deosebiri ale figurii și fondului pe care le numim calități ale figurii. Una dintre ele (Nr. 4) este cea numită de RUBIN "*deosebirea de localizare subiectivă*", după care figura are tendința să apară localizată înaintea fondului. Această calitate se schimbă aici, în măsura în care subiectul face dintr-o figură și o parte din ceea ce altfel e percput ca fond o "superfigură" în care figura și părțile de fond sunt puse la același nivel, iar această nouă figură stă în fața unui alt fundal. In ea figura și fondul nu mai stau unul în fața altuia ci sunt contopite în cu totul altceva. Și se mai întâmplă încă ceva. Există "tendința de-a considera un câmp continuu sau de o singură culoare fie ca fundal, fie ca figură,"[1] ceea ce în acest caz, subiectul nu mai face. Faptul că aceste relații de aducere în față-rămînere în spate a unor părți atinse de contopire, altele decât cele obișnuite, care formează o altă configurare decât obișnuit, ne-a determinat să o numim contopire fond formă, în timp ce RUBIN vorbest doar de fond care de obicei este și fundal. Doar prin aceast mecanism unii subiecți sunt în stare să se relocalizeze (și bineînțeles prin decăderea regulii continuității câmpurilor unicolore) și să aibă o astfel de interpretare nouă. Aproape toate aceste răspunsuri de contopire formă-fond sunt eo ipso originale de percepere, care survin foarte rar cu soluționări banale.

Faptul că deosebirea subiectivă de localizare pare ceva mai labilă decât alte caracteristici ale figurii și fondului era cunoscut dinainte. Astfel WOODWORTH[2] amintește o lucrare a lui WEWER (Am. J. of Psychology), care a putut constata că deosebirea subiectivă de localizare care provine din diferitele faze ale percepției și variază puternic ca grad și, așa cum a constatat și EHRENSTEIN (Ztrschr. F.Psychologie, 1930), nu apare întotdeauna.

Unele exemple pemtru contopirea figură-fond: Figura intermaculară de la Pl.II, în poz. c, în combinație cu liniile gri din mijloc sunt interpretate drept "Dansatoare", sau "Foale", la ultima probabil negrul din roșu sunt mânerele. Sau aceeiași figură, în poz. a este văzută ca "Sticlă cu dop". Un alt exemplu este griul median din planșa III, cu albul inserat ca "Apă cu reflexe". Cel mai simplu exemplu este capul de rândunică din prelungirile superioare laterale ale Pl. IV în poz. b sau d, unde albul este pata, linia albă de pe capul păsării. Plașa X ne aduce o mulțime de posibilități, din care cea mai frecventă este "Capul de capră" din poz. c, care se compune din ochii gabeni(mijloc) nările brune, barba gri și coarnele verzi cuprinzând întregile părți intermaculare ca legătură.

Cele mai bune exemple le aduce seria Bero. Aici avem figura intermaculară mare din pl. II, între cei doi câini, c, parte superioară a unui flacon cu dopul înăuntru (partea medie superioară gri) și cu tușele roșii pe deasupra. Sau figura intermaculară mare de la pl. VII este o biserică, dar coloana neagră de pe "Pod" este portalul din frontonul bisericii, nu o coloană în față, cum e văzută de obicei. Și în sfârșit părțile brune ale pl. VIII în poz. a devine un "Cap de vacă " în timp ce clopotul alb (intermacular) este semnul, pata de pe capul animalului.

1 SAMUEL J. BECK, Rorschach's Test, I. Basic Processes, New York, 1944, p.50
2 EDGAR RUBIN, Visuell wahrgenommene Figuren, Kopenhagen, 1921, p.83

Ultimul exemplu este în același timp un exemplu că aceste răspunsuri pot apărea și ca Dim FC+, adică nu doar ca umbriri, ci ca răspunsuri cromatice autentice.Ambele exemple ce urmează sunt din acestea (in seria Rorschach): Figură intermaculară + roșu la Pl. IX in poz. c: "Cupă de sticlă roșie" și : figurile intermaculare laterale + albastru + roșu mijloc la pl.VIII în poz. c:"Doi bărbați șed la o masă (albastru) sub o lampă (roșu)".

Un răspuns cu contopire formă-fond poate fi marcat cumva în protocol, de exemplu cu o cruciuliță sau steluță roșie. K.W.BASH a propus să fie introdusă notația Ve (de la Verschmelzung = topire, contopire). S-ar înscrie însă doar deasupra cotației determinanților pentru a nu pierde valori cromatice pentru calcularea tipului de rezonanță intimă. In orice caz acest fenomen trebuie remarcat la fenomenele speciale.

În ce privește valoarea simptomatică a fenomenului, trebuie să remarcăm că aceste răspunsuri sunt, aproape exclusiv, originale de percepere și în această calitate sunt indicatori ai unei mai mari *labilități strcucturale* (vezi capitolul 8), adică e vorba de o mare flexibilitate psihică, iar in practică contopirile formă-fond apar într-adevăr alături de un A% mic. Reversul medaliei ar fi legat de un *simț al realității mai precar* (Vezi capitolul 4, A, la valoarea simptomatică a originalității de percepere). Experiența ne învață însă, că această manifestare apare la cinci categorii de subiecți, la artiști, la psihopații pseudologi, la unii nevrotici, schizofreni și epileptici.

a) *Artiștii* dau când o fac, de obicei mai multe răspunsuri contopire formă-fond, iar asta nu e valabil doar pentru artiștii "în exercițiu" ci și de dotații artistic pasivi, care au de asemenea "ochi artistici", dar nu și abilitatea practică. Avem de-a face cu versatilitatea și flexibilitatea gândirii artistice și cu detașarea lor de lume.

b) La *psihopații psudologi* contopirea fond-formă este expresia simțului realității nedezvoltat.

c) La *nevrotici* vedem adesea răspunsurile complexuale centrale (nu întotdeauna foarte adânci) în această formă. Deja RORSCHACH a atras atenția asupra faptului că în răspunsurile Dim F(C) se ascund *împliniri de dorință* (p.199). Aceasta e valabil doar pentru unele răspunsuri din cele trei grupe amintite anterior, dintre care contopirile reale fond-formă sunt doar o parte. Și aici tulburarea simțului realității joacă un rol. Uneori, de ex. la homosexuali sau la subiecți cu conflicte privind masturbarea, bărbații (sau femeile) din planșa III, au " Șorțuri albe", sau "Chiloți de baie" (dorința/nevoia de-a acoperi ceva). Nu rar, un astfel de răspuns este ultimul din întregul test.

d) La *schizofreni* labilitatea structurală merge spre o disociere. Răspunsurile lor contopire fond-formă sunt originale în cel mai înalt grad, dar proba realității este complet abolită, formele fiind îndeobște proaste. Exemple: Pl.II, ambele pete roșii+alb: "O față umană, cu sprâncene (roșu sus) și barbă (roșu jos, fără negru)", sau: Pl.III: "O față umană cu perciuni (roșu lateral)". (DimG Orig-).

Cea mai dificilă este explicarea apartenenței epilepticilor la această comunitate. Epilepticii nu sunt nici înclinați artistic, nici labili structurali; dimpotrivă, ei sunt aderenți și sunt superstabili în structurile lor de gândire. Cu atât mai remaecabil este că pe lângă perseverări ei au un procent mic de răspunsuri animaliere (A%)(RORSCHACH, p.64)

și pe lângă astea, aceste răspunsuri de contopire fond-formă. Atât reflexia teoretică, cât și experimentele de control cu așa numitul fenomen KÖHLER privind "figurile reversibile"[1], fac probabil ca aici să fie vorba de o consecință a disitmiei LENNOX[2]. Astfel putem vedea cum atăt labilitatea structurală, dar și disritmia pot avea drept consecință răspunsuri cu contopire formă-fond.

ZULLIGER a găsit răspunsuri de acest tip și la pubertari, care nu au rezolvat conflictul Oedipian. Și el le-a găsit la adulți la "persoane cu trăsături artistice"[3].

Întrebările privind problematica răspunsurilor contopire formă-fond nu au pe departe toate răspunsurile și explicațiile. Intrebarea aruncată de ELMGREN privind posibilitatea unei "Gestaltpsychologie" diferențiale[4] și-ar putea găsi probabil un răspuns afirmativ dacă vom continua să urmărim problema experimental.

68. *Cenzura inițială - sau finală.* La fel ca în vise, cenzura Eu-lui la interpretarea în testul Rorschach are și ea un rol. Se poate observa asta cel mai bine când într-un protocol apar răspunsuri complexuale cu conținut analog,consecutiv, sau mai frecvent, distribuite în diverse locuri în protocol. Atunci primul răspuns complexual este acoperit, voalat sau denaturat, alterat, în timp ce următoarele, ultimele sunt mai descoperite, mai limpezi, sau dimpotrivă primele răspunsuri complexuale vorbesc într-un limbaj mai deschis, nedenaturat, devoalat, în timp ce ultimele sunt mai cenzurate. Prima o numim *cenzură inițială*, pe cea de-a doua, *cenzură finală*. Fantasme cenzurate sunt frecvente. Ceea ce ne interesează aici este forța cenzurii (respectiv forța cu care dorința pulsională se întrupează în fantasmă), adică o deplasare, o translație a energiei psihice pe parcursul experimentului. Aceasta se exteriorizează printr-o penetrare sau printr-o ocolire a cenzurii (FREUD vorbește în "interpretarea viselor" de o "camuflare")[5], fie la început (cenzura finală), fie la repetarea fantasmei (cenzura inițială).

Cenzura este un excepțional *indicator pentru judecarea conținuturilor Eu-lui și al forței pulsiunilor*. La semnalizarea unui complex refulat, din cauza amenințării cu izbucnirea refulatului, Eul este preocupat cu creșterea presiunii de refulare, de reprimare. Dacă aceasta reușește atunci conținuturile complexuale vor fi camuflate mai bine (cenzura finală). Cenzura finală este deci un semn al unui Eu puternic, și vorbește în cazuri de dubiu de o nevroză. Dacă reprimarea continuă nu reușește se ajunge la penetrarea refulării (cenzura inițială). Cenzura inițială este astfel un semn al unui Eu slab, ea vorbește în termeni de diagnostic diferențial, fie despre o psihoză psihogenă ori de alt fel, fie cel puțin de o predispoziție. Poate fi vorba și despre o perversiune, care are și ea o slăbiciune a Eu-lui ca premiză și adesea are o încărcătură psihotică.

1 ROBERT S. WOODWORTH, Experimental Psychology, London, 1938, p.663
2 Vezi Dynamics in Psychology, London, 1942, p.58/59
3 HANS ZULLIGER, Praxis der Zulliger Tafeln und Diapositiv-test und ausgewalte Aufsetze, Bern & Stuttgart, 1968, p.32
4 Vezi DAVID KATZ, Gestaltpsychologie, Basel, 1961, p.152
5 SIGMUND FREUD, Die Traumdeutung, 8.Aufl. Vien, 1930, p421

Exemplu de *cenzură finală*: O femeie tânără care se teme de pericolele orașului mare vede de trei ori un om pe fundalul unei prăpâstii (de fiecare dată K Orig+), care este prima dată "o femeie", a doua și a treia oară doar "o persoană". (In afară de asta, "prăpastia" a devenit in a doua și a treia interpretatre "povârniș", "pantă") Identificarea de vine din ce în ce mai puțin clară).

Exemplu de cenzură finală la o disociație isterică: În partea superioară a planșei VI "O față cu barbă", apoi un răspuns G, apoi același detaliu încă o dată ca "Imagine de zeu"(cuvântul suedez "avgud" semnifică "zeu" dar și "idol") . Ca prim răspuns la pl VIII survine ca răspuns complexual cu contopire formă-fond "O imagine de zeu sau fața tatălui meu", dat dintr-o suflare. Aici se vede foarte frumos postura ambivalentă a pacientei față de tatăl concomitent temut și "idolatrizat", despre care povestea ore întregi personalului de îngrijire.

Exemplu de cenzură inițială la un pervers (Exhibiționism): A doua interpretare la pl. V, figura intermaculară dintre prelungirile laterale: " O omidă mare, care se cațără pe un pitic" (a se observa capul ridicat); a treia interpretare, Figură intermaculară median jos, între picioare: "Un morcov care stă invers și stă afară din pământ"; a patra interpretare, contur alb pe partea de jos a aripii: "Un mușuroi unde o nevăstuică își scoate capul din vizuină" și în fine, o a opta interpretare, o scobitură de pe partea superioară medie a aripii "Un penis culcat atârnând ". Comentariul e de prisos.

69. *Stuporul la simbolul sexual.* Planșele RORSCHACH conțin o serie întreagă de detalii, care sugerează/ amintesc , mai mult sau mai puțin organe genitale feminine sau masculine. Cea mai limpede este probabil mediana părții superioare a Pl. VI. Unii subiecți sunt derutați de aceste detalii, dar deruta poate avea diverse grade. Frecvent apare câte o interpretare, dar chiar atunci când ea nu este o semnificare manifestă a sexului, se ascunde în mod obișnuit o asociere sexuală (conștientă sau inconștientă) într-o formă oarecare. La această parte superioară a pl. VI, sunt date spre ex. douâ, trei interpretări consecutive cu încărcătură simbolică ("Stâlp", "Om mic", etc.) cu o inversare concomitentă a succesiunii. La o privire atentă poate fi departajată această tulburare complexuală de tulburarea provocată de șocul la negru. Adesea e suficientă simpla rămânere în prizonieratul unui detaliu pentru a recunoaște adevăratul caracter al acestei tulburări[1].

Uneori dificultatea crește și se ajunge la o adevărată stupoare asociativă la surprinderea acestor detalii. Subiectul observă detaliu, îl arată de obicei, explică excluderea unei interpretări de tipul: "Ce o fi nu știu", sau "Din partea asta nu pot face nimic", ori "La asta nu mă descurc", sau "E greu de spus ce o fi asta" etc., apoi urmează o pauză (cu sau fără interpretare după). Detaliul trebuie însă să fi fost remarcat expres. Deducțiile nu sunt suficiente.

Dăm doar o enumerare a locurilor importante din planșele Rorschach la care apare în mod obișnuit acest stupor, iar în paranteze prescurtarea localizării și adăugăm dacă este vorba de simboluri masculine sau feminine.

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Personlichkeitsdiagnostik, Rorschachiana II, p. 20

1. Pată deschisă pe mediana Pl. I (gaură mijloc I, feminin)
2. Vârf negru al Pl.II (vârf II, masculin)
3. Mijloc în roșu jos, Pl.II (roșu mijloc II, feminin)
4. Cep (protuberanță) pe piciorul bărbaților Pl. III (cep III, masculin)
5. Median, in vârf Pl. IV (vârf IV, feminin)
6. Partea superioara Pl. VI (vârf VI, masculin)
7. Partea inferioară, Pl. VI (parte VI, feminin)
8. Bucle mici (ouă) gri, jos median Pl.VI (ouă VI, masculin)
9. Negru median jos Pl. VII (median VII, feminin)
10. Prelungiri superioare Pl.VII (prelungiri VII, masculin)
11. Despicături în intermacula mediană Pl. IX (despicături IX, feminin)

Se înscrie, deci, în registrul fenomenelor speciale de ex. "Stupor la simbol sexual (Vârf II, ouă VI, Prelungiri VII)", etc.

Valoarea simptomatică a acestui stupor depinde de sexul subiectului și de tipul de simboluri, dacă sunt masculine ori feminine. La bărbați stuporul la simbolurile sexuale masculine vorbește în general de o anxietate de castrare, în timp ce stuporul la simbolurile feminine este de pus în analogie cu șocul la alb (vezi acesta) care, așa cum s-a spus este doar un caz special al stuporii la simbolul sexual. La femei stuporul la simbolul sexual masculin trădează de obicei un semn al anxietății genitale isterice, cel la sibolul feminin ascunde fie respingerea feminității (vezi șocul la alb), fie (dacă apar mai multe răspunsuri sexuale feminine manifeste în același protocol) o respingere a sexualității în general, de exemplu ca păcătoasă (conștient dar majoritar inconștient).

În general stuporul la simbolurile sexuale semnifică o formă de teamă genitală și este nu este atât de diferită în fond de contrariul ei, frecventa forțare a interpretărilor sexuale. La stupor există probabil o formă de nevroză mai primitivă, care ar putea fi abordată mai ușor, decât în nevrozele de caracter cu multe semnificări sexuale, ce doresc să demonstreze "liberalismul" lor.

70. *Semnificările de mască*. Interpretărilor frecvente de mască ROLAND KUHN le-a dedicat un studiu special[1]. El deosebește trei grupe:

Grupa I: Răspunsuri globale de tipul DimG, care prezintă o mască de o mărime aproximativ reală din față. *Grupa II*: Interpretări D, sau Dd, de măști în profil și *Grupa III:* Figuri sau personaje întregi îmbrăcate (inclusiv clovnii). Interpretările de mască din *grupa I* sunt majoritar forme proaste și apar predominant la tinerii până în al treilea deceniu de viață. Ele arată o preocupare puternică pentru expresia lor facială și țin de o despărțire, scindare deficitară a Eu-lui față de lumea exterioară (Conștiință de sine nediferențiată și labilitate a conștiinței de persoană sensu JASPERS).

Ele stau aproape de gândirea și de identificarea magică.

Interpretările din *grupa a II-a* trădează o mai mică atenție asupra propriei fețe, se găsesc la cei cu conștiința de Eu diferențiată și sunt în relație cu gândirea obiectuală, abstract-

1 ROLAND KUHN, Ueber Maskendeutungen im Rorschac'scen Versuch, Basel, 1944

teoretică și logică. Subiecții respectivi manifestă în majoritate o teamă de ceva îngrozitor (Deci anxietate fobică).

Subiecții cu interpretări din *grupa a III-a* pot avea de obicei trăsăturile psihastenice de slăbiciune și lipsă de responsabilitate. Dacă semnificările de kinestezie /miscare rigide, împietrite (mort, etc.) aceasta ar duce la concluzii privind procese de depersonalizare. KUHN nu a văzut interpretări din toate trei grupele în același protocol.

La înscrierea interpretărilor de mască în registrul fenomenelor speciale este de dat în paranteze ce grupă reprezintă ele, ca de ex: "2 interpretări mască, grupa II)".

Interpretările de mască sunt in general expresia unei imagini a lumii (Weltbild) rigide și înghețate si semnifică *o lipsă, o precaritate a contactului afectiv*. ZULLIGER găsește interpretări de mască la oameni ce se simt observați, și asta semnifică concomitent o tendință de înstrăinare și ascundere de sine. (Atenție la cei din grupa III, care provin din regiuni unde se practică carnavaluri sau serbări cu măști tradiționale.) În mod obișnuit subiecții respectivi au trăsături psihastenice cu tendințe de depersonalizare. Interpretările de mască mai apar, după KUHN și la isterici, fobici și anancaști, dar și la normali cu o cultivare a unor astfel de reacții. Ele se găsesc adesea alături de stereotipiile de fețe. SCHACTER și COTTE găsesc la interpretările de mască la tinerii (10-20 ani) cu felurite dificultăți de adaptare, cu agresivitate, minciună și furt[1].

71. *Oglindirile*. Unii oameni interpretează oglindiri. Aici se utilizează simetria planșei, fie in poz.a, sau c, fie, mai ales în poz.c, sau d, sau, uneori chiar pe axa sus-jos in poz. a, sau c. Oglindirile sunt fără îndoială expresiiale unui narcisism puternic, mai ales când sunt văzute pe axa mediană de sus în jos. Dar acest fapt putem să-l certficăm doar cănd apar mai multe astfel de oglindiri în același protocol. (Tipul de percepere este atunci accentuat G, simetria nu e văzută adesea, iar factorii de contact sunt în general slabi.) MEREI și NEIGER au găsit și ei oglindiri la compulsivi și narcisici[2], iar MORGENTHALER la oameni care sunt mereu preocupați de ce fel de impresie fac celorlalți[3].

72. *Tulburările amnestice de vocabular* sunt unul din simptomele clinice care apar din întâmplare și în testul Rorschach. Subiectul asociază o reprezentare exactă și ar dori să o utilizeze în interpretare, în răspuns, dar nu poate găsi respectivul cuvânt. În mod obișnuit subiectul intră în încurcătură vizibilă și se forțează să-si amintească cuvăntul, întrebând adesea experimentatorul dacă nu știe despre ce e vorba. Uneori subiecții în astfel de situații se ascund abil si se observă această anecforie prin descrieri mai mult sau mai puțin vizibile

1 M. SCHACHTER și S. COTTE, Les interpretations "Masques" dans le test du Rorschach (leur signification clinico-psychologiques), Etud. Neuro-psycho-path. infantile 10, 1963, p.77-110, refer ALFRED LANG in Schweiz.Zetschr. f. Psychologie, Vol. 22,1963, p. 183

2 STEPHEN NEIGER, Introduction to the Rorschach Psychodiagnostic, Part II, Specific reactions, Toronto, 1956, p. 50/51

3 WALTHER MORGENTHALER a scris autorului într-o scrisoare din 8 aprilie 1958: "Am conceput până acum interpretările oglindite ca aparținând acelor oameni care nu reacționează direct, ci trebuie să gândească mereu la ce fel de impresie va face răspunsul sau comportamentul său asupra altora, adică cum îi oglindesc."

cum ar fi" O pasăre din cele care zboară noaptea" (liliac), sau: " Așa ceva care stă întinsă pe podea" (blană de animal) și altele asemenea. Tulburările de găsire a cuvintelor sunt în mod obișnuit semne de organicitate, dar nu întotdeauna. (Atenție și la bilingvi !)

73. *Agravarea și alte observații clinice*. Agravarea este un alt simptom clinic, care poate apărea nemijlocit în situația de test. Unii subiecți acuză continuu o durere de cap, senzații de amețeală, licăriri /scintilații în fața ochilor, dar care pot fi aduși cu încurajări și ocolișuri spre interpretare. Remarci precum: "Așa mă dor acum ochii de nu știu dacă mai pot continua", sau "O să visez toată noaptea imaginile astea?" se aud uneori. Desigur că un asemenea comportament poate pune sub semnul întrebării continuarea testului. La o atitudine adecvată a experimentetorului protocolul mai poate fi "salvat". Se impune să nu răspundem, *să nu luăm în seamă acuzele*. La o rezistență superficială, o bagatelizare cu umor poate fi utilă; dacă însă contactul nu este prea bun, se poate ajunge ușor la contrariu: o întărire a acuzelor, o agravare. În mod normal, o postură liniștită, fără a da atenție, de o "strictețe tandră", suficient de eficace; cu ajutorul ei testul se poate desfășura, în general. Aceasta poate presupune uneori, în anumite circumstanțe și un moment de auto- convingere, de exemplu, persoana se ridică în mijlocul probei, se concentrează spre ceva din apropiere și fără nici o altă încurajare se reașează și interpretează mai departe. În alte cazuri, am trăit-o, când o femeie cu psihoză psihogenă a exprimat cele mai groaznice acuze și acuzații, în ton fortissimo, că i-au fost arse toate intestinele, că interiorul ei este un hău mâncată de animale, etc., dar după o rugăminte prietenoasă, în surdină a experimentatorului și a început, în manieră liniștită, să dea cele mai normale și banale interpretări. Acest joc al schimbărilor de ton s-a repetat apoi de câteva ori, până când testul s-a încheiat.

Alte simptome clinice pe care avem ocazia să le vedem la preluarea protocolului, trebuie, bineînțeles remarcate în registrul fenomenelor speciale. Acestea sunt înprimul rând tulburările de vorbire care se manifestă spontan, precum împiedicările de silabe, ezitările, bâlbâiala, etc. Și evidențe ale privirii sunt de notat (neîncrezătoare, sfredelitoare, privire goală etc.), precum și specificități mimice (grimase, ticuri, etc.), apoi stereotipii de mișcare, tremor (degete, pleoape) ș.a.m.d. Protocolanților Rorschach nu le este nicidecum interzis să deschidă larg ochii.

74. Răspunsurile complexuale sunt o parte atât de importantă a diagnosticului nevrozelor, încât ele sunt de tratat exhaustiv doar în relație cu acestea. Aceasta ușurează găsirea protocoalelor specifice în material precum și evaluarea, atunci când cele mai importante răspunsuri complexuale nu le luăm la cunoștință doar din protocolul ca atare (de ex. sublinierea cu roșu a formulei specifice), ci si din registrul concluziilor privind fenomenele speciale care ne dă o panoramare a lor.

Se impune ca, la sfârșitul unei astfel de panoramări, revistări, să se noteze unde și cum sunt interpretări de "Ochi". Această revistare constituie finalul strângerii întregului "Material brut", care constă din calcularea propriu zisă și registrul fenomenelor speciale, inclusiv răspunsurile complexuale ordonate după domenii.

Anexă: Unele modificări tehnice

Înainte să trecem la evaluare, pomenim aici, foarte pe scurt, unele modificări tehnice ce au fost propuse în ultimii ani.

I. Împărțirea în două și experimentul de provocare ad modum MORGENTHALER

Cum am mai văzut, împărțirea timpului în două părți, pentru prima parte și a doua parte a experimentului, notând timpii, conform propunerii lui MORGENTHALER are sens. Este posibil ca și pentru trăirile și acțiunile noastre să acționeze un fel de lege a dezvoltării, care, în raport cu dezvoltarea noastră să fie analoagă cu aceea a dezvoltării speciei[1]. Și RORSCHACH a exprimat odată ipoteza[2] că în prima parte a testului se manifestă mai ales reacțiile înnăscute și cele achiziționate timpuriu, iar în a doua cele dobândite mai târziu. În orice caz o comparare a celor două părți este plină de rezultate concludente. MORGENTHALER împărtășește aici unele descoperiri.

1. *Numărul de răspunsuri și timpul.* Comportamentul obișnuit este acela de frecvență și rapiditate în creștere a răsăunsurilor, o curbă de creștere (MORGENTHALER, Op. citat, p.42): Sfiala și surprinderea inițială precede un dezgheț. Sărăcia și încetineala răspunsurilor se datorează fie unei fatigabilități crescute, unei timidități ori neîncrederi cuprinzătoare, sau unei respingeri interioare a experimentului.

2. *Tipul de percepere.* Aici este bineînțeles de urmărit, ca prima și a doua parte a planșelor nu prezintă aceleași condiții pentru modul de percepere. Ca urmare apare o modificare a tipului G spre tipul D sau Dd. Când această modificare de tip de percepere este foarte puternică între cele două părți atunci e vorba de persoane care tind spre visare și îndepărtare de realitate, dar care se pot aduna în fața unor sarcini practice (Op. cit. p. 43).

3. *Dim*. O sporire a interpretărilor figurilor intermaculare în a doua parte se datorează fie unei respingeri a experimentului fie unei izbucniri a unei atitudini de opoziție a subiectului, pe care o inhibase la început (p. 43).

4. F%. O îmbunătățire a F% în a doua parte a testului se datorează slăbirii inhibiției inițiale a încrederii în "activitatea asociativă dispozițională", demonstrând inteligență automată, scăderea vorbeste despre o scădere a încrederii intelectuale în raport cu o aspirație interioară prea mare.

Pomenim aici o altă idee a lui MORGENTHALER. Uneori protocolul nu ne oferă o imagine clară privind dominanța kinesteziilor de flexie, sau a celor de extensie, fie că numărul lor este egal, fie că puținele K-uri nu pot fi categorisite fără dubiu în una dintre cele două categorii. Pentru a avea un punct de sprijin prognostic MORGENTHALER face următorul experiment: El dă subiectului, la sfârșitul testării încă o dată planșa V, in poz.b,

1 Așa cum apare din cap.16 această ipoteză s-a confirmat pentru percepții (Interpretări) individuale. Dacă o asemenea lege a dezvoltării e valabilă pentru configurația întregului protocol, (ceea ce se afirmă aici) este îndoielnic

2 W. MORGENTHALER, Ueber Modificationen beim Rorschach, Rorschachiana II, Bern, 1947, p. 42

apoi în poz. d și întreabă: "Dacă acesta ar fi un om, ar fi unul care se apleacă, sau unul care se ridică?", sau întreabă: "Unde ar fi aici înainte (fața) și unde înapoi (spatele)". El adaugă răspunsul la factorii stenici, respectiv astenici de personalitate, dacă răspunsul e identic în ambele poziții. (Scrisoare către autor la 8 aprilie 1958)

II. Controlul șocurilor prin reacția de alegere

Pentru controlul exact al șocurilor putem folosi metoda propusă separat de către MORGENTHALER (Op. Citat, p.44) și de KLOPFER[1], anume de-a așterne toate planșele pe masă după parcurgerea testului, în trei coloane verticale, de sus în jos astfel: 1,2,3 – 4,5,6,7 – 8,9,10. și subiectul este rugat, precum la testul SZONDI, să aleagă două planșe care-I plac cel mai mult și două care îi plac cel mai puțin și să motiveze această alegere. Dacă astfel nu se exprimă nimic privitor la culori, putem continua propunerea lui KLOPFER, de-a cere împărțirea planșelor în două grupe de câte cinci, astfel că în fiecare grupă să existe ceva comun pe care cealaltă grupă nu are. Dacă subiectul nu sortează spontan planșele în colorate și alb-negre, se poate face de către experimentetor și întreba privind criteriul. Dacă în aceste experimente fenomenele de șoc și manevrele de alegere de mai sus nu apare, atunci e vorba, după părerea lui MORGENTHALER, fie de schizofreni, fie de unii nevrotici nesiguri de sine cărora în copilărie li s-a spus și repetat mereu că fac totul greșit, care, în principiu, sunt neîncrezători în prima postură luată și trebuie să o corecteze (MORGENTHALER, Op. citat, p. 46)

III. Cercetarea reacției afecive și dispoziționale ad modum MOHR

P. MOHR[2] a completat ritualul testării astfel: la sfârșitul testării I se arată subiectului toate planșele încă o dată. La fiecare planșă subiectul e rugat să spună dacă i-a plăcut sau nu și de ce, apoi ce dispoziție îi trezește, precum și când și cu ce ocazie a mai trăit o asemenea dispoziție. S-a constatat că există adesea o legătură între dispoziție și interpretări și conținutul e foarte adesea de înțeles simbolic.

IV. Diferite alte încercări de modificare

Faptul că, și întrebarea de ce testul Rorschach nu este adecvat testării în grup a fost constat deja.

S-a încercat apoi extinderea conceptului de succesiune al modurilor de percepere și asupra altor părți ale ale aspectelor formale și întregul protocol să fie împărțit astfel în "faze". Ideea nu apare la prima mână și trebuie procedat la o formă de prelucrare secundară a protocolului, care amintește de prelucrarea unei curbe EEG. Introducerea acestei idei este

1 KLOPFER and KELLEY, The Rorschach Tecnique, p. 55

2 P. MOHR, Die Inhalte der Deutungen beim Rorschach'schen Formdeutversuch und ihre Beziehung zur Vesuchsperson. Schweiz. Arch.f. Neurol. u.psyciatrie, Vol.47, 1941, p.237-240

dintre cele menite a avea o măsură obiectivă utilizabilă pentru delimitarea unor astfel de "faze" dar aceasta nu a reușit până acum.

În fine, ar mai fi de amintit o modificare care, înțeleasă corect, ca toate celelalte demersuri nu este decât o completare a procesului clasic de evaluare. Ne referim aici la strădaniile școlii ungurești a lui FERENC MEREI de-a stabili caracterul, valența de provocare (Aufforderungscharacter), al fiecărei planșe (in sensul lui KURT LEWIN, A Dynamic theory of personality, 1935), și a o valorifica în evaluare. Pentru stabilirea valenței de provocare MEREI a pus un număr mare de subiecți ca, la sfârșitul testării să reia planșele și să provoace o reacție de alegere (ca mai sus). Probabil că MEREI a fost chiar primul care a practicat această probă de alegere, iar după alegerea primelor două cele mai plăcute și două cele mai neplăcute, continua și cu celelalte șase rămase, dar succesiv cu câte o planșă, cea mai simpatică și cea mai puțin simpatică. Apoi subiectul era pus să dea o imagine simbolică a fiecărei planșe și să-i dea un titlu, ca într-o expoziție. Și în sfârșit lăsa apoi subiectul să asocieze liber la fiecare planșă. Această triplă prezentare pentru identificarea valenței de provocare a planșelor este determinată de individualitatea formală a planșelor - de aici provocarea specifică pentru perceperi specifice și determinanți specifici (Dim, K, c, F, etc.) și doar parțial de simbolistica existentă în planșă, în timp ce, spre exemplu, la prima și ultima planșă pare că și situația de început și de sfârșit joacă un rol.

Valențele de provocare determinate statistic pot fi redate cu aproximativ următoarele cuvinte cheie:

Pl. I: Situație de prezentare, "Cine esti tu ?", Pl. II: Sexualitate și legătură obiectală (asociere sau disociere), Caracterul de provocare al Pl.III nu a putut fi stabilit exact, dar este oricum critic pentru schizoizi; Pl. IV "Teama copiilor și relația cu părinții" (simbolică paternă) (vezi PETER MOHR, privitor la șocul la negru p.125/126 din această carte); Pl. V: adaptarea/adecvarea la realitatee; Pl.VI: Relația dintre Eu și sexualitate; Pl VII: Relația dintre Eu și agresivitate (încă nesigur); Pl. VIII: Capacitate/ aptitudine de adecvare afectivă: Pl. IX: Dotare și caracter al activității; Pl X: Câmpul vital, (Lebensraum) (sensu Kurt Lewin = "sinteza evenimentelor posibile").

Prin considerarea acestor valențe medii se poate judeca aproximativ în ce măsură subiectul a utilizat optim resursele fiecărei planșe, sau nu. Dacă recția specifică la o anume planșă este suficientă, MEREI vorbește de saturare. Contrariul sunt fenomenele de șoc. Valorile simptomatice specifice ale celor maifrecvente variații și devieri de la reacția medie sunt chiar complicate și trebuie citite în lucrarea originală[1].

În nici un caz nu poate fi de încredere diagnosticarea doar pe baza valențelor de provocare ale planșelor. Aceste puncte de vedere trebuie folosite doar pentru întregirea evaluării obișnuite. Ele pot, corect utilizate, să servească la întărirea sau aprofundarea, ori la relativizarea sau corectarea unor evenimente particulare din protocol.

1 FERENC MEREI, Der Aufforderungscharacter der Rorschach-Tafeln, Magyar Psychologiai Szemle, 1947, Nr. 3-4; în germană de STEFAN NEIGER, 1953

III. INTERPRETAREA TESTULUI

Capitolul 7
Linii generale – Psihograma

I. Direcții generale de interpretare

Am făcut deja referire (în capitolul 4, A, II) la faptul că protocolul Rorschach ca întreg, cu succesiunea și cu modurile de percepere, poate fi conceput și ca „Gestalt“, și evaluatorii experimentați îl folosesc așa în mod instinctiv. Psihologi americani au exprimat acest fapt (provenit din metodele proiective în general) astfel: „It seems that the competent clinician evaluates the test protocol not on the basis of isolated signs, but in terms of a configuration of complex indicators – the total pattern plus the experience“[1] („se pare că un clinician competent evaluează protocolul testului nu pe baza semnelor izolate, ci ca o configurație de indicatori complecși – întregul șablon plus experiența“).

Testul Rorschach are în comun cu mai vechea grafologie și cu mai recentului test SZONDI regula de bază a procesului de interpretare/semnificare. Aceasta este: *înțelegerea intuitivă a întregului prin controlul științific al părților* sau, după cum s-a exprimat LUDWIG KLAGES (în „Grundlagen der Charakterkunde“, p.11): „trebuie să ai întregul în față, înainte de a încerca să cercetezi părțile cu succes.“ Aceast mod nu este în nici un caz „neștiințific“. Avem exact aceleași relații ca de exemplu în filologia orientală. Pentru a putea citi și înțelege o propoziție japoneză, trebuie să cunoști fiecare simbol chinezesc ideogramatic. Însă aproape toate sunt plurisemantice și mai întâi trebuie stabilit cum trebuie citite și înțelese. Trebuie mai întâi privită toată propoziția în ansamblu, pentru a putea citi fiecare semn în parte.

Asa este și la interpretarea unui protocol Rorschach. Deși uneori factori unici pot oferi indicii precise ale unor diagnostice importante datorită rarității lor, totuși *doar imaginea de ansamblu este decisivă*, și primele detalii valoroase care vor deveni inteligibile sunt cele care au cele mai multe semnificații, în acest tablou de ansamblu. Aceasta presupune o gândire orientată spre configuratie de ansamblu, de aceea testul este atât de dificil. (și de aici derivă și cele mai multe tentative de îmbunătățire). Dar exact în aceasta constă și superioritatea fața de celelalte metode de diagnosticare aplicabile mecanic: un factor îl controlează pe celălalt și nu rareori se poate ajunge pe 2, 3 sau mai multe căi la același rezultat. Doar când *toate* drumurile duc la Roma te poți simți oarecum mai sigur.

Acest demers complex constă în cazul Rorschach într-o privire în detaliu în trei faze:

Faza 1: o impresie intuitivă de ansamblu asupra protocolului în stare brută

Faza 2: controlul științific al părților

Faza 3: sintetizarea intuitivă și în același timp critică a întregului

1 HENRY P. DAVIS, MARTIN ORNE și WILLIM RABINOWITZ, Qualitative and quantitative Szondi Diagnosis, Journ. Of Projective Techniques 17, 1953, p. 77.

(„O privire în carte și două în viață ar trebui să configureze spiritul“), după cum spune Goethe. Așa se conturează și forma corectă a psihogramei Rorschach; mai întâi printr-o privire în protocolul viu, apoi în manualul de statistică, empirie și teorie și în final printr-o noua privire asupra întregului viu. Întotdeauna gândirea statică se combină cu gândirea dinamică în parcurgerea despuierii și a examinării sindromului; aceasta constă într-o combinare a tuturor detaliilor stridente ale protocolului cu conținutul său, în succesiunea implicită.

Faza 1. La impresia de ansamblu a protocolului în stare bruta, cuvântul „intuiție“ înseamnă în accepțiunea lui AUGUST FOREL o decizie de sub pragului conștiinței, „o inteligență automatizată, cristalizată“[1], deci o “gândire prescurtată” posibilă prin precipitarea experiențelor anterioare.

Faza 2. Controlul științific al părților este în totalitate o gândire conștientă, disciplinată. Doar acesta poate fi învățată. Cea mai importantă regulă sună în felul următor: *se pornește întotdeauna de la formal și abia apoi se trece la conținut*. Această regulă are un sens psihologic foarte precis: gândirea în rezolvarea problemelor constă în modificarea unor structuri în urma tensiunilor care rezultă din situația nerezolvată in virtutea tendinței generale care actionează către un *Gestalt* bun.[2] Ușurința acestor transformări depinde de rigiditatea structurilor. Dacă este vorba de complexe atotcuprinzătoare ale unor structuri nerezolvate, tensiunea poate deveni atât de mare încât materia va fi percepută drept haos. Atunci materialul brut trebuie mai întâi raportat la o schemă pentru a *simplifica* în mod artificial situația. Apoi, din această schemă simplificată, este posibil să se ajungă la *bunul Gestalt* al rezultatului final. NANCY BRATT consideră (Rorschachteste, p.96) că conținutul răspunsurilor este probabil mai aproape de pragul conștiinței decât trăsăturile care se exprimă în constelația de formală . Unii autori, cărora metoda de desemnare Rorschach li se pare prea dificilă, au încercat să interpreteze testul exclusiv din perspectiva conținutului. Am atras atenția în alt loc (Capitolul 11, C, p.252) cât de periculos este un asemenea demers.

După cum a arătat foarte plastic si clar MORGENTHALER în „Introducerea“ sa la „Pshychodiagnostik“-ul lui RORSCHACH, (p.232), formalul și conținuturile se pot corobora cel mai bine, astfel încât dacă după revistarea despuierii și al restului de material brut, întregul protocol este revăzut „răspuns cu răspuns și planșă cu planșă“ iar despuierea e comparata cu datele astfel obținute până la acel moment, până ce toate elementele sunt puse in relație.

Se recomandă ca aceste demers să fie abordat, *înainte de toate,* ca o rutină. Căci și cea mai bună minte nu este întotdeauna proaspătă, și chiar în desișul unui protocol Rorschach de încărcătură moderată poți să treci ceva cu vederea foarte ușor, ceva ce ar fi schimbat probabil perspectiva de ansamblu asupra cazului în mod esențial.

În final nu trebuie să uităm să încheiem conturile și cu comportamentul exterior al pacientului. Așa de exemplu și rotirea planșei are înțelesul ei diagnostic. BOCHNER

1 AUGUST FOREL, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie, Stuttgrart, 1919, p.29.
2 vezi RICHARD MEILI, Psychologische Diagnostik, Berna, 1965, p.39 – până aproape de capitolul următor.

și HALPERN[1] oferă în acest aspect o combinare excepțională a diferitelor moduri de comportare. În timp ce pacientul normal, care face asocieri libere, rotește planșa ocazional, cel dependent și lipsit de inițiativă nu o rotește niciodată (în ciuda faptului că i se atrage atenția că are voie să o rotească). Pacientul agitat și neliniștit învârte planșa progresiv și nesistematic, la fel și maniaco-depresivii (din lipsa capacității de a se concentra) și oligofrenii (din lipsă de inițiativă). Rotirea și întoarcerea bruscă, repetată, survenită dintr-o dată e provocată, în principiu, de la un șoc cromatic sau la negru/obscur. Compulsivii, fanatici ai perfecțiunii, rotesc eventual toate planșele sistematic. Așa-numitul „Edging“ a fost cercetat de către BECK[2] numai în cazul schizofrenicilor. Dar a fost descoperit de către AITA, REITAN și RUTH și în cazul pacienților cu traumatisme cerebrale3.

O rotire frecventă în poziția C a fost analizată de către CHARLOTTE SPITZ la tinerii recalcitranți, la care alte semne de violență (Dim, Dd, conținut) lipseau (al treilea Congres Internațional Rorschach).

Faza 3. Asamblarea, intuitivă și critică a întregului în psihogramă este iarăși *„gândire prescurtată*“. Aceasta duce la o clasificare caracterologică și la un diagnostic psihiatric, dar în care caracteristicile personale și modificările sunt posibil de prelucrat cât se poate de plastic. În cazurile în care există suficient material disponibil (răspunsuri complexe), se ajunge la o nouă analiză în profunzime, care uneori permite o privire asupra genezei stării actuale. În ciuda intuiției și a asumpțiilor necesare asupra caracteristicilor personale, trebuie să existe și un plan pentru elaborarea psihogramei.

II. Psihograma

1. Două modalități. Se poate construi o psihograma Rorschach în două moduri essential diferite: fie după o schemă sistematică, fie, cum se spune, „începând dintr-un colț“, adică pornind de la o problemă evidentă, decisivă. Ultima presupune mai mult exercițiu și experiență, și această metodă e de folosit numai în condițiile în care structura cazului se pretează acestei abordări în mod deosebit. Acolo unde materialul va fi prelucrat statistic se recomandă să se utilizeze *expunerea sistematică în măsura posibilităților*, întrucât permite mai multe posibilități de comparație. În schimb, cealaltă metodă poate fi luată în anumite circumstanțe drept un procedeu cazuistic din cauza formei sale mai „artistice“ și a problematizării speciale.

2. Schema unei psihograme sistemice. Pentru modalitatea de elaborare sistematică nu există reguli general valabile. Deși specificul testului Rorschach impune expunerii anumite limite. Aș dori să expun în cele ce urmează un model al schemei de elaborare a unei

1 RUTH BOCHNER & FLORENCE HALPERN, The Clinical Application of the Rorschach test, New York, 1942, p.78.

2 SAMUEL L. BECK, Rorschach's Test, II. New York, 1949, p.60.

3 J. A. AITA, R. REITAN și J. RUTH, Rorschach's test as a diagnostic aid in brain injury, Amer. J. of Psychiatry, Vol. 103, 1947, p.770-779, citat după: DELAY, PICHOT, LEMPERIERE și PERSE, Le test de Rorschach dans les psychoses organiques, Rorschachians V, Berna, 1959, p.49.

psihograme Rorschach sistematice, care s-a dovedit până acum foarte util. În ce măsură se va folosi una sau cealaltă dintre cele două dispoziții este o chestiune de gust.

Se pornește de la inteligență, se ajunge apoi treptat la afectivitate și dispoziție și eventual la semnele patologice (nevroză, psihoză). În ultimă instanță, se poate încerca să se deriveze substratul constitutional. În detaliu, o asemena psihogramă arată în felul următor:

Schema unei psihograme

a) Analiza cantitativă a inteligenței (a gradului de inteligență), eventual identificarea unei oligofrenii (lipsă a inteligenței) sau demență (defecțiune a inteligenței); evetuale obstrucții afective ale inteligenței (nevrotice, depresive).

b) Analiza calitativă a inteligenței (tipul de inteligență), adică descrierea felului specific de lucru și eventuale aptitudini speciale (abstracte, tehnice, artistice), fantezie și caracteristicile personale (aptitudini creative, originalitate, excentricitate, înstrăinare, delăsare, respectiv tendințe pseudologice ș.a.m.d)

c) Afectivitatea, adică structura și controlul (frânare și inhibare) vieții afective. În relație cu aceasta se află contactul social.

d) Atitudinea generală, ca orgoliul (cantitativ sau calitativ), nevoia de prestigiu, sentimentul de inferioritate, agresivitatea, perseverența, oprimarea agresivității (timiditatea) ș.a.m.d (Aceste trăsături pot fi analizate în relație cu tipul de inteligență, cu afectivitatea sau cu eventualele nevroze.)

e) Dispoziția (neutră, bună, deprimare, anxietate, ș.a.m.d). (Și dispoziția poate fi analizată în unele cazuri mai bine în relație cu inteligența și afectivitatea.)

f) Trăsături nevrotice, tip, structură și detalii.

g) Eventuale diagnostice psihiatrice (oligofrenie, psihoză, tulburare organică sau posttraumatică, nevroză, psihopatie).

h) Eventuale trăsături constitutionale identificabile ale pacientului.

i) Raport asupra eventualelor cercetări complementare (alte teste ș.a.m.d).

j) Eventuale observații adiționale din anamneza familială, obiceiurile de viață, conflicte, etc. în folosul medicului.

k) Eventuale observații asupra prognozei cazului și asupra indicației unei anumite metode psihoterapeutice (analiză, sugestie, hipnoză, terapie a persuasiunii) în folosul medicului.

l) Încurajarea continuării cercetării într-o anumită direcție (puncție lombară, electroencefalogramă, pneumoencefalogramă, hiperventilație și alte asemenea)(astăzi și Tomografia computerizată si R.M.N. – n.t.). Cel mai bine este ca aceste detalii să fie discutate în timpul ședințelor cu cei care se ocupă de caz, ca de exemplu medicii din instituție.

Nu este superflu să se menționeze că fiecare diagnostic, prognostic și indicație de procedee terapeutice sugerate de testul Rorschach trebuie luate întotdeauna cu rezervă, deoarece este vorba numai de indicii ale testului Rorschach, indiferent dacă examinatorul este psiholog sau medic. Orice prognostic spre exemplu nu ar trebui împărtășit niciodată pacientului, ci doar medicului care se ocupă de caz. *Diagnosticul final este de competența medicului care se ocupă de caz.*

Firește, o asemenea schemă nu poate fi standardizată în toate amănuntele. Factorii individuali ai statusului psihic sunt atât de strâns și interdependent conectați, încât nu pot fi întotdeauna diferențiați schematic. Din această interdependență într-un caz particular rezultă numeroase variante ale acestei dispuneri, care sunt gândite doar ca o schemă de referință de ansamblu, neobligatorie.

Nu trebuie scăpată din vedere argumentarea concluziei în fiecare detaliu. Aceasta constă simplu în citarea în paranteză a fiecărui factor care a dus la, și susține afirmațiile respective (fie din calcul, fie ca fenomene speciale). În ceea ce privește diagnosticul/diagnosticele, întregul sistem Rorschach trebuie scris între în paranteze. Bineînțeles că prescurtările curent utilizate rămân valabile. Ar fi o nepolitețe față de numeroșii colegi fideli sistemului Rorschach (medici și psihologi) prin mâna cărora poate să treacă psihograma, să fie tratați ca niște bieți novici. Pentru cronica unui spital sau pentru neurologi și psihiatri practicieni nu este nevoie de o reproducere inteligibilă a întregului protocol; expunerea calculului și a materalului brut rămas (anumite fenomene speciale) ca și răspunsurile complexuale ordonate pe grupe trebuie să fie mereu evidențiate în psihogramă, deoarece în argumentare se face o referire continuă la aceste date.

Chiar și OBERZHOLZER recomandă practica de a include imediat în paranteze argumentele afirmației. El spune: „I put in paranthesis references to the test findings from which a statement was drawn. The flow of characterisation is inevitably disturbed by this pocedure, but it is the only one by which such references can be made briefly.“[1] („Pun în paranteză rezultatele testului din care s-au tras concluziile. Cursul caracterizării este, în mod inevitabil, deranjat de această procedură, dar este singura prin care se pot face astfel de referințe pe scurt.“)

3. *Diagnostic pluridimensional.* Problema așa-numitului diagnostic pluridimensional este încă actuală în acest context pentru scopul psihiatriei, de aceea trebuie abordată mai îndeaproape. Stimularea, la fel ca și identificarea, pornesc de la KRETSCHMER, care a pledat încă din 1919[2] pentru împărțirea imaginilor bolilor în "imagini de familie și imagini de viață". Doar cu ajutorul cercetării personalității poate fi realizat acest plan din perspectivă psihologică. „Schimbăm codul unic: 'creier și suflet' cu celălalt – 'caracter și experiență'.“ Ca urmare a particularității psihicului „apare doctrina caracterului ca o scală secundă, independentă de cea a constituției“. Imaginile endogene și psihogene ale bolilor „nu se află una lângă alta, ci una deasupra alteia. Aria caracterologică se află deaspura celei constituționale, fără a o acoperi pe aceasta exhaustiv“. *„Nu tindem spre un diagnostic amestecat, ci spre un diagnostic stratificat.“*

Ce vrea să spună KRETSCHMER se poate exemplifica prin următorul exemplu: „vom diagnostica de exemplu: psihoză paranoid halucinatorie (Querulantenwahn) (nu 'pseudo'-psihoză paranoid halucinatorie) pe fundalul constitutiv hipomaniacal, reacția isterică pe fond catatonic (nu 'isterie cu simptome aparente catatonice') sau invers: schizofrenie cu impact

1 EMIL OBERHOLZER în CORA DU BOIS, The people of Alor, Minneapolis, 1944, p.609.

2 ERNST KRETSCHMER, Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematic, Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychatrie, Bd.48, 1919, p. 370-377.

senzitiv, depresie constitutivă cu înclinaţie către reacţii compulsive etc. Vom cerceta tocmai încotro tinde diagnosticul pe temeiurile principiale de până acum: intersecţia diferitelor mecanisme de generare a bolilor intr-un tablou complet al bolii“ (a. a. O., p.375).

Diagnosticele diferenţiale trebuie preluate după modelul lui KRETSCHMER şi aplicate numai între „tipuri de boli aparţinând aceluiaşi strat“, de exemplu între afecţiuni circulare şi schizofrenice, dar nu „între aria constituţională şi cea caracteriologică, deci nu fundamental între schizofrenie şi isterie, depresie şi delirul senzitiv de relaţie“. Dar pot bineînţeles să fie integrate şi constituţiile.

Diagnosticul pluridimensional s-a impus între timp demult, şi astăzi este utilizat în cele mai multe clinici moderne în mod uzual. Doar schemele după care se aplică diagnosticelele nu sunt întotdeauna identice şi nici construcţia straturilor, „dimensiunile“ variază. Este preferabil să se procedeze „de sus în jos“. Astfel, se va descrie mai întâi boala din punct de vedere *simptomatologic* (de exemplu psihoză schizofrenică, nevroză anxioasă, insuficienţă depresivă), apoi cât de curând, se va clasifica *etiologic* (endogenă, psihogenă, post-infecţioasă, traumatică) şi în final se va încerca să se specifice *tipul constituţional* (eventual un tip mixt) din care s-a dezvoltat această stare. Clasificarea etiologică poate în principiu să fie eliminată la marile psihoze endogene şi la nevroze, atâta timp cât ultimele sunt înţelese ca principial psihogene, bineînţeles cu fundamentul lor constituţional. În cazul tablourilor stărilor, clasificarea de acest tip nu se va elimina. Declararea tipului de constituţie depinde bineînţeles de sistemul de clasificare a tipurilor de constituţii utilizat (KRETSCHMER, EWALD, SJÖBRING, SHELDON) şi eventual de utilizarea vreunui sistem suplimentar de clasificare constituţională a psihopatiilor. Ne vom menţine în general în sfera sistemelor lui KRETSCHMER cu menţiunea lui STRÖMGREN (Ixotimia). Astfel vom scrie: Psihoză maniaco-depresiva la o personalitate schizoidă, Nevroză isteroidă la o personalitate circulară, Incontinenţă afectiva posttraumatică la o constituţia mixtă ixotim-schizotimă depresie psihogenă în stare defectuală posttraumatică, etc.

Testul Rorschach este mai potrivit decât oricare alt demers psihologic pentru construcţia unui *diagnostic pluridimensional*. Şi PIOTROVSKI a remarcat că testului Rorschach se poate aplica tuturor teoriilor despre personalitate[1]. Se presupune fireşte, că se cunosc datele clinice ale cazului, simptomele şi starea generală de viaţă a pacientului. Pe fondul acestor fapte se pot pune rezultatele testului Rorschach în lumina adecvată pentru a căpăta relief, relevanţă.

În acest caz este peferabil să se procedeze ca în cazul diagnosticului clinic, *de la straturile superficiale spre cele profunde*. După prezentarea pur descriptivă a celor mai importante trăsături de caracter (dispoziţia, anxietatea, etc.), dintre mecanismele exogene se vor prezenta mai întâi cele *psihogene* (adică reactive); atâta timp cât este vorba de mecanisme nevrotice, va fi specificat tipul de nevroză şi structura sa (eventual de tip mixt) şi eventual, se vor descrie anumite trăsături ale genezei nevrozei, in măsura în care acestea sau evidenţiat în test (de ex. identificarea cu o mamă severă). Dacă mecanismele *somatice, exogene* (intoxicaţii, infecţii,

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.XIII.

traume, eventual cu demență pe fond organic) sunt disponibile, se va începe cu acestea în cazul în care domină tabloul, adică sunt patogene. Dacă sunt doar auxiliare (patoplastice), cel mai bine e să fie analizate imediat după factorii psihogeni. Întotdeauna trebuie cercetată îndeaproape *interacțiunea ambilor factori exogeni*; se va nota de ex. encefalopatie traumatică puternic nevrotizată, sau: stare post-traumatică cu unele trăsături nevrotice de tipul x sau y, sau: nevroză isteriformă cu labilitate emoțională manifestă, suplimentatar unei incontinențe affective de natură organică (Commotio Antea) etc.

Apoi urmează eventuali factori *endogeni* (schizofren, circular, epileptiform) atâta timp cât există suspiciunea unei psihoze obișnuite (orice altceva ce aparține de factori constituționali).

În fine, pe cât posibil, trebuie indicat *fundamentul constitutional,* care poate bineînțeles să fie de asemenea formată din mai multe componente (schizoide, cicloide, ixoide).

În final se analizează *interacțiunea dintre diferitele straturi*, în care trebuie să se sublinieze *accentuarea* unui anumit simptom sau a unei anumite trăsături de caracter sau pe de altă parte la *intensificarea unui conflict*. O intensificare poate apărea, de exemplu, atunci când o depresie psihogenă se dezvoltă pe fundalul unui temperament circular, sau, când un conflict nevrotic-hipocondriac legat de masturbare se dezvoltă la un psihic schizoid, unde există deja din constituție o predispoziție mare către reacții ipohondriace. Exemple de intensificare a conflictelor ar fi: probleme financiare ale unui tată ixotim cu mai mulți copii, care, ca urmare directă a bunei sale dispoziții ixotime și a relațiilor puternice de familie, se gândește mai întâi la soție și la copii și de aceea el este mereu cel neglijat. Chiar și un conflict moral (de exemplu infidelitatea) cântărește mult mai greu la o persoană ixotimă, datorită adezivității afective puternic fața de partenerul sexual „legal". O scădere a potenței în asemenea situații poate fi înțeleasă numai prin interdependența dintre psihogeneză și constituție.

Dacă privim diferitele categorii de marcare și cele mai frecvente greșeli de interpretare din punctul de vedere al „apropierii și dependenței de coștient", ajungem la sistemul din 4 straturi al lui D. KANDINSKY[1], pe care-l explicităm în cele ce urmează. Aceste straturi prezintă însă numai un fragment al întregii personalități. Trăsăturile mai profunde ale personalității, cele constituționale, care se dovedesc utile în patoplastica tabloului bolii, nu sunt luate în considerare în acest sistem.

Primului strat (cel superior) îi aparține după KANDINSKY conținutul; acesta este esențialmente prezent în conștient. Perceperea (Erfassung) aparține celui de *al doilea strat*; aceasta prezintă o angajare a conștientului, dar care este in mod obișnuit la periferia lui. Determinanții, sfera experienței trăite, aparțin celui de *al treilea strat*, un strat al spiritului și mai îndepărtat de conștient, care „este esențialmente orientat asupra conștiinței și nu asupra legăturilor de determinare ca atare". Tulburările de interpretare (șocuri, confabulații, eșecurile, perseverarea, etc.) constituie cel de *al patrulea strat*, în care iese la iveală „o activitate autonomă proprie a inconștientului".

1 D. KANDINSKY, Schichtstrukturen im Rorschach, Rorschachiana V, Bern, 1959, p.220-236; aici mai ales p.221-224.

Bineînțeles, toate acestea pot fi illustrate doar dacă testul Rorschach dispune de materialul brut necesar, ceea ce nu întotdeauna se întâmplă.

Întotdeauna însă, materialul brut al testului trebuie să fie valorificat. Nimic nu trebuie să rămână neutilizat. În neglijență zace cea mai sigură garanție a eșecului unui diagnostic. Puzzle-ul trebuie să se potrivească.

Desigur este superfluu să mai subliniem o dată că asamblarea unui asemenea diagnostic pluridimensional presupune anumite cunoștințe de teoria nevrozei, teoria constituțională și genetică din psihiatrie și a psihiatriei clinice. Din partea unui funcționar public sau a unei educatoare chiar foarte școlite nu se va aștepta așa ceva, fără o pregătire specifică.

Appendix: Prognosticul

În practică, testul Rorschach nu este utilizat numai în scopuri diagnostice, ci și pentru a face prognoze. Medicul instituției vrea să știe, în cazul unui pacient abia internat, care sunt perspectivele asupra evoluției bolii și psihoterapeutul trimite deseori psihologilor clinicieni pacienți după prima consultație cu întrebarea expresă "cum ar răspunde acest pacient la psihoterapie (de obicei o anumită tehnică)?"

Testul Rorschach este într-adevăr potrivit pentru emiterea in sens larg a unei prognoze cu toate că și în acest domeniu (ca și în diagnostic) există încă lacune și nesiguranțe.

În interiorul școlilor Rorschach tot mai mecanizate se fac mereu încercări de a rezolva problema prognozei în mod mecanic prin 'scale de evaluare'. În principiu, un asmenea demers este imposibil, deși unele dintre aceste încercări (de ex. rata de evaluare a prognosticului a lui KLOPFER) conțin fără îndoială considerații teoretice corecte. Însă detaliile tehnice lasă cam mult de dorit. Neluând în considerație faptul că acești itemi de prisos ai listelor în cele mai multe cazuri nu sunt definiți suficient de precis, astfel încât fiecare practician îi poate interpreta la discreție în mod diferit, asemenea "liste de semne" încropite mecanic pot da cel mult lrezultate corecte din întâmplare, fără însă să rezolve cu adevărat problema acelui caz unic.

Pentru prognosticul psihopatologic cu ajutorul testului Rorschach, respectiv pentru prognoza diferitelor terapii în cazuri izolate nu există rețete mecanice, deoarece diferitele componenete ale unei anumite afecțiuni sunt structurate în mod diferit. Succesul prognosticului Rorschach – precum și cel al diagnosticului Rorschach – se bazează pe de o parte pe capacitatea experților Rorschach, exprimată în stăpânirea instrumentelor (testul Rorschach) și pe de altă parte pe cunoștințele lor de psihopatologie. Un prognostic nu poate fi elaborat decât pornind de la un diagnostic foarte precis, de aceea trebuie luate în considerare în special fundamentul constituțional al pacientului și structura bolii. Se ajunge la punctul în care, după cum a remarcat ARMIN BELL[1] despre testul Szondi la un moment

1 ARMIN BELL, Psychotherapie-Prognose mit Hilfe der „Experimentallen Triebdiagnostik“, Bern, 1965, p.31.

dat în cartea sa, se folosește o „schemă nosologică precisă“ și un „diagnostic dinamic“ astfel încât să nu existe neclarități asupra interpretării psihologice ale caracteristicilor testului.

Prognosticul lucrează aproape în exclusivitate cu „constructe“ și deloc, sau foarte puțin cu variabile[1], ale personalității. Aceste constructe rezultă din test doar *indirect* (prin analiza sindromului); acestea nu pot fi determinate cantitativ, precum variabilele de personalitate, ci doar prin intermediul analizei factorilor. (Din aceste considerente scalele de evaluare cantitativă nu sunt mijloace de prognostic.)

I. Prognostic general

Orice medic cunoaște expresia lui BAGLIVI: „Qui bene diagnosticit, bene medebitur.“ Se poate la fel de bine completa: „Qui bene diagnosticent, bene prognosticent.“ Se pornește întotdeauna de la *diagnostic* și chiar de la un diagnostic pluridimensional, în accepția lui KRETSCHMER (vezi capitolul introductiv al acestei cărți). Trebuie încercat, să se deriveze deopotrivă factorii endogeni, respectiv constituționali implicați în starea pacietului, cât și cei psihogeni și exogeni, în măsura posibilului.

Prognoza depinde atunci de: 1.relația strânsă dintre constituție și influența mediului, 2. manifestarea factorilor stenici, respectiv astenici sau cei slabiciune a Eu-lui, în sindromul constituțional identificabil la pacienții respectivi.[2]

Acum înțelegem *constituția* într-un alt sens, alături de HANS LUXEMBURG și OLOF KINBERG, deci nu doar ca “anexă”, ci ca un produs al predispoziției și al mediului geografic și social *general*. (Mediul specific ca de ex. constelația familială nu mai aparține de acestea.) Noțiunile „stenic“ și „astenic“ datează de la KANT, au fost introduse de JANET în psihiatrie, dezvoltate mai departe de SJÖBRING, iar astăzi le înțelegem în sensul lui ERNST KRETSCHMER (Psihologie medicală, 1939, p.193, 194). *Personalitatea* este o noțiune mai extinsă decat cea de „Eu“. Eu o definesc drept unitatea structurată organic a modului de trăire propriu și a resurselor comportamentale a unui individ. „Eu-l“ aici este înțeles în esență în sens psihanalitic drept o organizare a psihicului „care este stimulată pe de o parte de impulsurile mentale și recunoașterea nevoilor sale fizice și pe de alta de actele sale motorii pe care le mediază într-un anume scop .“[3] Noțiunile „Forță a Eu-lui“ și „Slăbiciune a Eu-lui“, care în principiu au fost elaborate *după* Freud, încă sunt neclare. Se suprapun uneori, dar nu întotdeauna cu noțiunile „stenic“ și „astenic“[4].

---

1 Mai multe despre diferența dintre variabile ale personalității și constructe la RICHARD MEILI, Lehrbuch der psycholgischen Diagnostik, Bern, 1961, p.150/151 și 160/161.

2 Detalii asemănătoare găsiți în: BOHM, Die Rolle der prognostisch bedeutsamen Konstitutionsfaktoren in der Psychopatologie und im Rorschach-Test, Rorschachiana VII, Bern, 1960, p.37.

3 SIGMUND FREUD, Ges. Werke, Bd. 14, p.221-222.

4 Mai îndeaproape despre terminologie vezi în tratatul meu, p.37-44.

1. Constituția și mediul

În general, nevrozele sunt considerate preponderent dependente de mediu (în timp ce constituția implică esențialmente doar un rol patoplastic), iar psihopatiile preponderent constituționale. Din aceste motive psihopatiile au în general parte de prognoze mai proaste. În cazul depistării unor factori constitutionali stenici (ca de ex. în cazul unor psihopatii asociale) prognoza psihopatiilor este într-adevăr ceva mai bună, dar considerată în continuare ca dubioasă. Diferența între o nevroză preponderent determinată de mediu și o nevroză care s-a dezvoltat pe fundalul unei constituții psihastenice poate fi decelată relativ precis în testului Rorschach cu ajutorul distribuției șocurilor (Schockverteilung) și al fenomenului de rupere[1].

Perversiunile au în general parte de prognoze mai proaste decât nevrozele din cauza slăbiciunilor Eu-lui, de cele mai multe ori preexistente. La fel se întâmplă și în cazul psihozelor, la care într-adevăr cele psihogene au parte de o prognoză semnificativ mai bună decât psihozele endogene, cu excepția eventuală a psihozelor paranoide psihogene[2]. Sindroamele constituționale în sine, atunci când nu ating încă gradul unei psihopatii, au în general doar o semnificație patoplastică în alegerea simptomelor la acești subiecți. Doar în cazul schizoizilor trebuie luată în calcul o anumită slăbiciune în capacitatea de a relationa, de-a face un transfert.

2. Factori constituționali stenici și astenici (forța și slăbiciunea Eului)

În prezentarea mea, amintită adesea până acum, din „Rorschachiana VII“, pe lângă binecunoscutul sindrom astenic Rorschach, a fost dezvoltat și unul stenic și de asemenea, ca variante care decurg din acestea, respective un sidrom al slăbiciunii Eu-lui, respectiv al forței Eului. (Ambele se găsesc în Vademecum.)[3]

Unicele semne stenice din test, care se datorează lui RORSCHACH însuși, sunt kinesteziile de extensie (Streckkinästhesien), în opoziție cu kinesteziile de flexie (Beugekinästhesien). Atunci când ambele sunt în echilibru într-un protocol, MORGENTHALER recomandă experimentul amintit la p.169 cu planșa V-a. PIOTROVSKI a subdivizat K-ul în 5 grade, după spontaneitate și expresivitate, din care primele două (mișcări agresive și spontane, ne-agresive) trebuie interpretate ca stenice[4]. Și in final, noțiunile lui BINDER despre blocajele sofropsihice ca și supracompensarea șocurilor cromatice[5] sau la negru/obscur, care utilizau CF și HdF și cenzura finală (vezi toate în cap.6) trebuie interpretate ca semne ale factorilor constituționali stenici, ca de altfel și CHd (vezi ZULLIGER).

Sindromul Rorschach al tablourilor psihastenice se găsesc în capitolul 12, B.

1 Vezi această carte , p.129 și 244-245, ca și „Vademencum“-ul meu, p.77 și 166.
2 Vezi POUL FAERGMAN, Psychogenic Psychoses, Londra, 1963, p.189.
3 Vezi și EWALD BOHM, funcțiile și tulburările Eului, Szondiana VI, Berna, 1966.
4 Vedeți mai îndeaproape Rorschachiana VII, p.53.
5 Semnificația șocului supracompensat la culori este într-o măsură mai redusă aceea că are o afinitate pentru psihozele psihogene, la care trebui să luăm mereu în calcul o anumită slăbire a Eului.

În ciuda inexactității sale, este dificil de lucrat pentru un prognostic practic fără noțiunea de slăbiciune a Eu-lui. Ceea ce am numit în altă parte „controlul neîncrezător al realității" (p.182) aparține de această noțiune, ca și sindromul inconsistenței(Haltlosigkeit) (cap.12, B), astfel: preponderența CF-ului și a C-ului asupra FC-ului fără sporirea Dbl-urilor, interpretările gri sau negre amorfe, (după OBERHOLZER), controlul sofropsihic deficient (după BINDER), kinesteziile de flexie și răspunsuri complexe K, care sugerează pasivitate sau o atașare puternică de mamă. În afară de aceste două sindroame și cenzura inițială (ca simptom specific unic), ca și cele trei semne ale proiecției (iluzia asemănării, KHd și semnificări de ochi) sugerează slăbiciuni ale Eu-lui. (Căci proiecția este, după FENICHEL, un mecanism primitiv-arhaic de apărare, care denotă de fiecare dată o diminuare a controlului realității[1].) În cele din urmă, aparțin sindromului slăbiciunii Eu-lui și răspunsuri originale apărute ocazional drept K, oamenii veseli sau neglijenți, uneori chiar și cei încornorați, sau oameni descriși ca oi șau măgari și alte asemenea (nu rareori sunt desemnați clovni), și care pot fi văzute ca indici ai unei labilități marcate a conștiinței personalității, care alături de proiecție indică și un semn esențial al unei reacții paranoide.

În acest sens, aducem niște considerații suplimentare. F+% este cunoscut drept primul și cel mai important simptom al unui control al realității bun sau prost. ROY SCHAFER[2] recomanda, pentru determinarea unui control correct al realității, care este și din perspectiva sa cel mai important semn al unei „slăbiciuni a Eului", folosirea așa-numitului F+% *extins*, care se calculează prin incluziunea lui K, FC, F(FC) și FHd. Exită o scală mai bună pentru determinarea controlului realității (reality testing). – NANCY BRATT menționează în cartea ei că un F+% ridicat (adică un tip de experiență coartat sau coartativ, (adică un număr redus de K, răspunsuri cromatice și clar-obscure) cu forme bune sugerează refulare și „forță a Eu-lui nevrotică", în timp ce un F% ridicat cu forme proaste se întâlnește în cazurile de slăbiciune a Eu-lui.[3]

KANDINSKY[4] oferă sfaturi valoroase pentru diagnosticul slăbiciunilor Eului în teoria sa a straturilor (vezi p.158 a acestei cărți): în sfera experiențelor trăite, după KANDINSKY, cele mai bune indicii ale unei slăbiciuni a Eului sunt *C.-urile* pure. „Eul se dovedește incapabil să își subordoneze experiențele unor criterii conștiente." În sfera atitudinilor conștiente un G *nediferențiat* (primitiv) arată slăbiciune a Eu-lui, o pasivitate a Eu-lui. În sfera intereselor conștiinței, *conținuturile nediferențiate* sunt un semn al unei anume slăbiciuni a Eului, deci denumirea ale culorilor și F sau CF nedefinit, ca „figură", „imagine", etc. Acestea denotă „lipsă de interes, apatie și indiferență". Și în fine, tulburările de interpretare în sine sunt desigur manifestări ale unei anumite slăbiciuni a Eului, fiind considerate ca o erupere a pulsiunilort din sfera inconștientului fără controlul Eului. Aici KANDINSKY duce noțiunea de slăbiciune a Eului (din păcate încă foarte enigmatică) ceva mai departe,

---

1 Vezi Rorschachiana VII, p.51.

2 ROY SCHAFER, Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing. Theory and Application, New York, 1954, p.178.

3 NANCY BRATT, Rorschachtesten i klinisk praxis, København, 1968, p.35.

4 D. KANDINSKY, Schichtstrukturen im Rorschach, Rorschachiana V, Berna, 1959, p.224-225.

decât o facem noi. Căci toți nevroticii manifestă șocuri și alte tulburări de interpretare, dar tocmai *ca nevrotici* au un Eu foarte pronunțat (în sensul ANNEI FREUD) în comparație cu psihoticii și psihopații. (în afară de nevrozele de caracter masochiste)

SALOMON a îmbogățit aceste semne ale slăbiciunii Eului cu încă două considerații valoroase. Prima este ignorarea, *nesesizarea (das Nichtsehen) simetriei*, pe care el o ia drept semn al unui „Eu narcisic slăbit și diminuat“[1].

A doua observație a rezultat din *tehnica de retestare cu testul Z*. Aceasta permite o evaluare mai dinamică a tuturor factorilor slăbiciunii Eu-lui amintiți aici, și anume F+%. Dacă prima prezentare generază puține răspunsuri, eventual și cu refuzuri, iar a doua multe răspunsuri noi, dar proaste, deci un F+% prost, aceasta denotă, din perspectiva sa, o erupere a materialului refulat și o regresie a Eului, după cum apare în cazurile unui Eu slab. Aceasta ar fi deci un semn premonitoriu extrem de nefavorabil[2].

3. Mecanisme de apărare

În sfârșit, mecanismele de apărare ale pacienților – pe lângă evaluarea constituției și mediului și a forței Eului – joacă un rol important în evaluarea prognozei. Despre determinarea lor se poate citi în capitolul 11, respectiv „Vademecum“ (tabel X, 1, h). SMITH și JOHNSON[3] au desoperit prin cercetări tahistoscopice, că depresia și proiecțiile ușoare (de formă senzitivă) sunt adecvate în principiu tuturor tipurilor de terapie psihiatrică (electroșocuri, psihofarmacologie și psihoterapie), în timp ce cazurile cu *refulare, izolare și proiecții paranoice* sunt considerate refractare față de terapie. Aici trebuie remarcat că probabil *nu* era vorba de psihoterapie analitică, care este în general foarte potrivită pentru nevrozele de refulare histeroide.

II. Prognosticul special

1. Tablouri stenice și astenice de stări

Am oferit mai sus ca primă formă brută a conținutului prognozei regula de bază: nevrozelor în general - prognoze favorabile (datorită Eului puternic), iar psihozelor, psihopatiilor, perversiunilor în general - prognoze proaste (din cauza Eului slab). În acest context, psihozele psihogene au prognozele mai favorabile, nu doar fiindcă unele forme se întâlnesc în cazul stenicilor declarați, ci și pentru că, după cum a demonstrat STRÖMGREN, acestea dețin o pondere ereditară mai redusă[4].

---

1 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-test, Berna, 1962, p.110.

2 FRITZ SALOMON, Diagnostic des Mecanismes de defense dans le Test Z individuel et colectif, Rorschachiana V, Berna, 1959, p.289, ca și Ich-Diagnostik im Zulliger-test (Z Test), Berna, 1962, p.158.

3 GUDMUND, J. W. SMITH și GUNNAR JOHNSON, The Influence of Psichiatric Treatment upon te Process of Reality Construction: An Inverstigation utilizing the Result of a social tachistoscopic Experiment, J. of Cons. Psych, 1962, p.520-526.

4 ERIK STRÖMGREN, Om godartede schzofreniforme Psykosers Arvebiologi, în Festskrift till Hernik Sjöbring, Lund, p.263-270.

Trebuie însă să detaliem și să corectăm puțin acest procedeu empiric.

În cazul nevrozelor (ca și în orice diagnostic pluridimensional) trebuie luată întotdeauna în considerare și constituția, pe baza căreia s-a dezvoltat nevroza. *Nevrozele actuale* „autentice" sunt rare, (unde un asemenea diagnostic mai este încă stabilit). Acestea sunt în sine „neutre" din punctul de vedere al prognosticului, dacă în primă instanță au fost generate de factori exogeni sau psihogeni (epuizare, efectul toxinelor, comoții, congestia libidoului). Dar chiar în cazul neurasteniei, și al nevrozelor anxioase, factorii constituționali sunt implicați, astfel încât pot orienta prognoza într-o direcție nefavorabilă[1].

*Nevrozele compulsive și fobiil*e se dezvoltă deseori, dar nu mereu, pe un fundal psihastenic. Atunci când acesta poate fi determinat în Rorschach (prin sindromul cunoscut), prognoza devine întotdeauna nefavorabilă, dacă psihastenia este constituțională sau lezională (organică). *Isteriile* sunt corelate cu psihasteniile doar în mod excepțional, dar există o psihopatie isterică[2] care nu poate fi determinată prin Rorschach, ci doar prin anamneza familială. (Deseori se întâlnesc astfel și epileptici în familie.)

În rest, sunt predominant stenice toate nevrozele isterice, fobiile atât timp cât nu sunt în legătură cu psihastenia. Compulsiile și caracterele compulsive apar mai ales la stenici, dar prognoza lor este oarecum echivocă datorită intervenției puternice a tendinței constituționale către ambivalență a trăirilor[3]. Chiar și nevroza de caracter falic-narcisistă este, în formele sale compatibile social, în fapt un tablou de stare stenic; în ciuda acestui narcisism relativ puternic, acești pacienți devin rareori psihotici.

Dintre *psihopați*, unii schizoizi, și anume aceia care au un șoc cromatic supracompensat (în general nu au nevoie de îngrijire) sunt stenici, iar din sfera *psihozelo*r - cele mai multe psihoze psihogene, și în această privință se aseamănă „crizelor stenice acute" analizate de KRETSCHMER[4].

Predominant *astenice* sunt dintre nevrozele de caracter, înainte de toate, formele *masochiste,* pentru care PAUL FEDERN a demonstrat o bisexualitate constituțională[5].

Dintre *psihopatii*, formele *astenice* le dețin *psihastenicii* (constituționali sau lezionali/ organici), pacienții *apato-abulicii* și *mitomanii*, ca și *psihopații isterici*.

Într-o poziție medie se află *psihopații senzitivi* (în sesnul lui KRETSCHMER), deoarece aceștia prezintă, pe lângă caracterul lor fundamental astenic și un pol stenic. Același fapt este valabil și pentru psihopații paranoizi, predominant stenici, care nu au doar un antipod astenic, dar și din cauza înclinației lor pentru proiecție, trebuie să fie considerați drept stenici cu un Eu slab[6].

---

1 RUDOLF BRUN, Allgemeine Neurosenlehre, 2 Aufl., Basel, 1948, p.105 și 123.
2 RUDOLF BRUN, Neurosen II, în : HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie, Bd. II, Basel, 1956, p.639.
3 RUDOLF BRUN, Neurosen III, în : HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie, Bd. II, Basel, 1956, p.665.
4 ERNST KRETSCHMER, Medizinische Psychologie, Leipzig, 1939, p.195.
5 PAUL FEDERN, Ich-Psychologie und die Psychosen, Berna, 1956, p.323.
6 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, The movement score, în: MARIA A. RICKERS-OVSIANKINA, Rorschach Psychology, New York, 1960, p.141.

2. Prognoza schizofreniilor

Despre prognoza Rorschach a schizofreniilor există diferite sisteme și „formule", față de care ar trebui să ne arătăm sceptici, în parte datorită concepției lor mecaniciste în general, în parte datorită delimitării diferite a schizofreniei ca diagnostic în diferitele regiuni geografice. Obeservația de mai jos a lui SKALWEIT (p.305), anume aceea că formele nefaste de prognostic, care progresează rapid, tind spre un tip de percepere accentuat G, cu multe G-uri și denumiri de culori, în timp ce formele favorabile prognosticului, dinamice, înclină mai mult spre Dd și au doar puține denominări de culoare, s-a adeverit în cele mai multe cazuri.

PITROWSKI a observat că *lipsa completă a lui K* (sau prezența lui într-un număr foarte redus) în cazul schizofreniilor este un semn nefavorabil prognosticului.

3. Adecvarea pentru psihoterapie în special

Deseori, un expert Rorschach este rugat să se pronunțe în ce măsură un pacient este potrivit pentru psihoterapie. Aceasta depinde în primul rând de tipul de terapie care va fi utilizat. În orice caz, putem da niște sugestii generale.

În primul rând, regula principală a lui RORSCHACH este aceea că preponderența kinesteziilor de extensie dau un prognostic mai bun pentru psihanaliză decât predominanța kinesteziilor de flexie (Psychodiagnostik, p.118).

Astfel că, în general, tablourile cu stări stenice și ale Eu tare, sunt mai potrivite pentru psihoterapie decât cele astenice si Eu slab. Dar chiar și aceasta este doar o regulă empirică aproximativă. La fel de ex. și nevrozele de caracter falic-narcisiste stenice și cu Eu puternic sunt o încercare grea pentru psihoterapeuți. Cu o tehnică „blândă" nu se poate rezolva în nici un caz. La fel se întâmplă și în cazul celor mai multe caractere compulsive.

Aproape mai importantă decât această clarificare este observarea capacității de a stabili contact și de transfer. Aici, în primul rând ne e util sindromul contactelor, discutat în capitolul 9 (vezi și „Vademecum"). În cazul nevrozelor pe fundament constituțional ixotim e de luat în considerare faptul (ca urmare a înclinației ixotimilor către blocarea dezvoltării și a adezivității lor afective) că o fixație incestuoasă (legătură față de tată sau față de mamă), îngreunează mai degrabă rezolvarea decât instaurarea transferului. (În sens invers, psihoterapeuții ixotimi au tendința de a-și păstra pacienții un timp prea îndelungat.) Nevrozele pe baze constituționale *schizoide* au un transfer prost, în principal datorită narcisismului pronunțat. Da fapt, cu atât este mai proastă capacitatea de transfer și cu atât mai redusă adecvarea psihoterapiei, cu cât sunt mai pronunțate componentele narcisice ale nevrozei (v. cap.11, B, I, 4).

EARL S. TAULBEE[1] a descoperit într-o cercetare că pacienții cu receptivitate emoțională bună, cu anxietate mai pronunțată, depresivitate, trăiri de inferioritate și dubii privind valoarea proprie, pacienții cu simptome de conversie, frică și imaturitate sunt

1 EARL S. TAULBEE, Relationship between cretain Personality Variables and Continuation in Psychotherapy. J. cons. Psychol., Vol.22, 1958, p.1-9, citat după A. ZWEIG, Statistische Untersuchungen bei Problemen der Psychotherapie, Schweiz. Zschr. F. Psychologie, B.21, 1962, p. 69/70.

mai adecvați pentru psihoterapie decât pacienții cu emoționalitate plată, mecanisme de relaționare interumană stereotipă și cei cu sentimentul controlului intelectual reușit. Aceasta corespunde aproximativ regulii anterior menționate despre contact și narcisism.

Despre tema narcisismului și a capacității de transfer în Rorschach trebuie amintită o altă experiență, pe care o prezintă SALOMON. El a descoperit că interpretările în oglindă (care mereu ridică suspiciuni cu privire la narcisism) sunt cele mai propice pentru instituirea transferului, când există răspunsuri K. Mai slabă prognoza, când interpretările cu oglindire sunt cromatic determinate, iar cea mai proastă prognoză le-ar avea oglindirile Hd[1].

SALOMON este în rest de acord că *Do*-urile trebuie să fie în principiu interpretate într-un prognostic drept pozitive (în privința psihoterapiei), deoarece „pulsiunea corespunzătoare nu mai este atât de refulată“[2].

În final, trebuie remarcat că pentru prognoza psihoterapiei *personalitatea psihoterapeutului* are o importanță decisivă. KANDINSKY vrea să concluzioneze de aici că prognoza psihoterapiei este întotdeauna ceva nesigur, atunci când psihoterapeutul însuși nu și-a făcut testul[3]. În orice caz, cel care pune psihodiagnosticul ar trebui să cunoască într-o măsură destul de mare terapeutul pe care îl sfătuiește, precum și metodele sale.

1 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-test, Bern, 1962, p.108.
2 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-test, Bern, 1962, p.115, 116.
3 DAVID KANDINSKY, Strukturelemente de Persönlichkeit, Bern, 1963, p.20/21.

Capitolul 8
Inteligența

A. Evaluarea cantitativă

I. Ce este inteligența?

Psihologii s-au contrazis decenii în șir asupra întrebării „Ce este 'inteligența'?“ și nici azi nu au ajuns la un acord. De aceea, este normal sa începem acest capitol cu oarecare scepticism. După cum remarcă KUHN[1] nu fără umor, EUGEN BEULER a rescris un capitol, „Inteligența“, din cartea sa, evident pentru a sublinia că există mai multe tipuri de inteligență, în timp ce RORSCHACH scrie „ 'Inteligența' „, punând așadar cuvântul între ghilimele, și deci întreaga noțiune sub semnul întrebării. Aceasta nu l-a împiedicat pe RORSCHACH să se preocupe de diagnosticul inteligenței foarte insistent și temeinic; trebuie să privim totul din punctul de vedere al lui TERMAN în ceea ce privește practica: nu contează atât de mult că nu se știe ce este inteligența atâta timp cât ea se poate decât determina și măsura; și asta se poate. De fapt, noi încă mai lucrăm la lumina electrică, în timp ce fizicienii încă se contrazic ce anume este electricitatea.

Dar, la fel cum odată a putut fi descoperit becul cu incandescență, înainte ca oamenii să-și bată capul cu electricitatea, la fel de ușor pot psihologii cercetărilor teoretice ale inteligenței să se lipsească de unele informații. Câteva observații orientative privind problema inteligenței își găsesc locul aici cu atât mai mult cu cât testul Rorschach aduce o poziție deosebită în măsurarea inteligenței.

1. Generalități. După concepția lui WILLIAM STERN, care are încă mulți adepți, inteligența este aptitudinea *generală* de a te adapta la probleme și cerințe *noi* ale vieții și a le rezolva, cu ajutorul capacității de gândire. O variantă a acestei perspective este definiția lui PORTEUS, accea că inteligența este capacitatea de a reacționa la o serie de stimuli relevanți, prin „stimul relevant“ înțelegând prin aceasta un stimul la care, reacționând, ființa respectivă (animal sau om) iese în avantaj. După cum vedem, definiția lui PORTEUS[2] lasă un loc foarte vast pentru numeroasele tipuri de inteligență diferite. O altă definiție, bazată tot pe pozitivismul filozofic, o variantă a acestei concepții despre inteligență ca aptitudine generală, pune accentul pe *anticiparea experienței* în „experimentul cugetului“, pentru a utiliza expresia lui BAUDOIN, tot așa cum de ex. BECK definește „degree of intelligence“ (gradul de inteligență) ca „degree of ability to predict experience“[3] (gradul de capacitate de a prezice experiența). Aceasta ar corespunde într-o oarecare măsură proverbului lui AUGUSTE COMTE, „Savoir pour prevoir, prevoir pour prevenir“ (A ști pentru a prevedea, a prevedea

---

1 ROLAND KUHN, Über Rorschach's Psychologie und die psychologischen Grundlagen des Formdeutversuches, în „Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch“, Zürich, 1994, p.39.
2 STANLEY D. PORTEUS, The Maze Test and Mental Differences, New Jersey, 1933, p.11 și 15.
3 SAMUEL J. BECK, Rorschach's Test, II. A variety of Personality Pictures, New York, 1945, p.2.

pentru a preveni.). WECHSLER[1] o definește astfel: „inteligența este capacitatea compusă sau globală a individului de a ști să acționeze într-un scop precis, să gândească rațional și să interacționeze cu mediul în mod eficient".

C. SPEARMANN a încercat să rezolve în alt mod fațetarea stranie calitativă a problemei inteligenței, astfel că[2] a eliminat în *teoria celor doi factori* „factorul general" (factorul g) dintr-o serie de „factori specifici" (factori s). Cu ajutorul analizei factoriale, acest factor general al inteligenței putea fi extras dintr-o serie de sarcini specifice și rezolvarea lor. Mai târziu, el și-a extins teoria în sensul că acest factor se putea descompune în mai multe *componente*, din care el a deosebit factorul p (perseverație), o (oscilație) și w (voință). (Aceștia pot fi analizați ușor în testul Rorschach; c prin A%, prin Orig.% și perseverații, o prin A%, prin Orig.% și distribuția răspunsurilor kinestezice și cromatice, iar v prin G-uri și prin succesiune.)

THORNDIKE[3] a început cu o teorie care, în antiteză cu STERN și SPEARMAN, nega cu desăvârșire existența unui factor general. El nega orice corelație între diferitele funcții intelectuale și susținea relativa lor independență. Din această *teorie multiifactorială* a rezultat împărțirea în inteligență abstractă, socială și concretă, cu care ne vom ocupa în cele ce urmează. Ulterior el s-a apropiat tot mai mult de perspectiva lui SPEARMAN. Cu indicația că inteligența este dependetă de genetică și condițiile de mediu (nature and nurture), el îi datorează lui SPEARMAN faptul că a aprofundat factorul constituțional/genetic (ANASTASI, a. a. O., p.303). În opera sa de căpătâi, „The measurement of intellience" („Măsurarea inteligenței") (1926) a ajuns până la o perspectivă care era practic foarte apropiată de cea a lui SPEARMAN. După această *teorie a cantității*, THORNDIKE înțelege esența inteligenței ca „un număr mare de conexiuni de același tip" (în sensul de „conexiuni fiziologice"). El numește C suma acestor conexiuni fiziologice, care variază în funcție de capacitatea înnăscută a individului. În această formă este readus la viață factorul g al ui SPEARMAN.

Concepția globalistă a noii psihologii experimentale, în special teoria gestalt-ului, nu au simplificat deloc problema. Decurgând din cercetările lui WOLFGANG KÖHLER, MAX WERTHEIMER, KURT KOFFA și KURT LEWIN, RICHARD MEILI[4] vede în actele de inteligență *formări de structuri* care se activează prin tensiunile create din situațiile nerezolvate ca urmare a tendinței generale de modificare spre un gestalt bun. În acest context, *„structură"* înseamnă „un întreg din mai multe părți, în care semnificația fiecărei părți este codeterminată de celelalte" (MEILI, p.39).

2. Factorii formali ai inteligenței. Este important și practic să definim teoretic *diferitele aspecte ale inteligenței*. THORNDIKE deosebește patru: nivel, registru, arie și viteză(level, range, area and speed).

---

1 DAVID WECHSLER, Die Messung der Intelligenz Erwachsener, Bern, 1956, p.13.

2 C. SPEARMAN, „General Intelligence", Objectively determined and measured, American Journal of Psychology, Bd.15, 1904, p.201-293. (apud. ANNE ANASTASI, Differential Psychology, New York, 1937, p.299 ff.).

3 E. L. THORNDIKE, W. LAY și P. R. DEAN, The Relation of Accuracy in Sensory Discrimination to General Intelligence, American Journal of Psychology, Bd.20, 1909, p.364-369. (apud. ANASTASI.)

4 RICHARD MEILI, Psychologische Diagnostik, 4. Aufl., Berna, 1961, p.38-47.

MEILI[1] decelează în inteligență următorii factori formali: 1.*sensibilitatea* intelectuală sau finețea discriminatorie, simțul pentru nuanțe; 2.*complexitatea*, simplitatea sau complexitatea structurii, care depinde esențial de maturitate și este măsurată cu probele BINET-SIMON; 3.*unicitate*, preponderența gândirii analitice sau sintetice; 4.*soliditatea structurilor*, fața de care mobilitatea și originalitatea se află în proporție inversă, și 5.*intensitatea tensiunilor interioare* și *rapiditatea gândirii*, legate de aceasta. Acest ultim factor este practic identic cu *atenția*. – Mai târziu, MEILI[2] a redus numărul factorilor la numai 4. Acum deosebește: 1.factorul *complexității*; 2.factorul *plasticității* (capacitatea mai mare sau mai mică de restructurare); 3.factorul *globalității* (asocierea și asamblarea conținuturilor separate anterior) și 4.factorul *fluenței* (expresia provine de la LEWIN și CATTELL), adică „planarea ușoară de la o idee la alta".

3. Capacitate și perfomanță. Inteligența este, așa cum o înțelegem în viața practică, *potențialul intelectual de realizare pe care îl avem la dispoziție*. Acesta depinde bineînțeles în primul rând de posiblitățile înnăscute, dar nu este identic cu acestea. Potențialul de realizare este un produs al geneticii și al exercițiului (educației). PORETUS compară inteligența cu capacitatea unui cilindru, a cărui înălțime este talentul înnăscut și a cărui diametru sunt cunoștințele acumulate. Se obișnuiește ca suma posibilităților inteligenței să fie numite *capacitate*. Deci capacitatea nu este același lucru cu inteligența. Doi oameni cu aceeași capacitate pot avea inteligență foarte diferită, în funcție de educația care le-a fost oferită în copilărie. Inteligența poate de asemenea să fie mai redusă decât capacitatea, atunci când potențialul de realizare a fost diminuat fie printr-un proces organic, fie printr-un proces nevrotic (o inhibare mentală afectivă).

În mod strict, trebuie introdusă distincția între *potențial de realizare* și *realizare*. Chiar în cazul unui potențial de realizare intact, o persoană nu se poate comporta în toate situațiile la fel. Actualizarea potențialului este dependentă de o serie întreagă de factori ușor variabili (somn, alimentație, climă, interese, dispoziție, etc.), în timp ce potențialul de realizare nu se schimbă în general de azi pe mâine. Pentru a simplifica problema, trebuie să privim dincolo de aceste fluctuații atunci când se vorbește despre „realizare" este de cele mai multe ori vorba de *potențialul de realizare*.

Capacitatea și performanța nu coincid în general. De obicei, cei mai mulți oameni se află *sub* capacitatea lor, deoarece potențialul lor de realizare este redus nevrotic (și adesea depresiv). Structural, gradul de inteligență ar trebui să fie distribuit după modelul curbei lui GAUSS, adică ar trebui să existe relativ la fel de multe valori sub medie ca și pest medie. Nu mică a fost surpriza când testele de inteligență făcute pe soldații americani din primul război mondial, așa-numitul „army test" demostrau o tendință accentuată către stânga: 10% aveau inteligența vârstei de 10 ani sau mai mică, 15% între 10-11 ani, 20% între 11-12 ani, media era cea de 13-14 ani (25%) dar numai 16,5% aveau inteligența corespunzătoare unei persoane de 16-17 ani și doar 4,5% - 18-19 ani. PORTEUS afirmă pe bună dreptate

1 A. a. O., p.41-43 și 67 (1. Aufl. Schaffhausen, 1937).

2 RICHARD MEILI, Grundlegende Eigenschaften der Intelligenz, Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, Band 2, 1994, p.166-175 și 265-271.

că limita de 12 ani pentru debilitate mintală (după BENET-SIMON) și întreaga definiție a QI-ului debilității fusese aplicată în cazul testelor pe recruți în mod fundamental ad absurdum. Atunci începeau prima oară să se preocupe oamenii de viitorul democrației – și pe bună dreptate. „Rațiunea sănătoasă“ nu putea fi cunatificată în cazul maselor mari[1]. După experiența noastră actuală, motivul acestei deplasări către stânga a curbei gaussiene nu este exclusiv (deși parțial) asimetria testului aplicat (supraaccentuarea inteligenței teoretice) sau capacitatea oamenilor, ci în cea mai mare parte extinderea enormă a inhibițiilor mentale de natură afectivă. Răposatului pediatru austriac JOSEF K. FRIEDJUNG îi plăcea să-și înceapă discursurile cu un citat din ALEXANDER DUMAS: „Sunt atâția copii înțelepți și atâția adulți proști“. Cum vine asta?

Cea mai importantă *cauză* al acestei extinderi uriașe a inhibărilor de inteligență afectivă este bineînțeles frecvența colosală a *greșelilor de educație*. SIEGFRIED BERNFELD spune pe bună dreptate că „părinții au într-adevăr o meserie, dar nu pe aceea de a-și educa copiii“[2]. O greșeală capitală este preocuparea inegală a adulților pentru formarea capacității de judecată a copiilor lor. Ne bucurăm de performanțele autonome în gândire ale copiilor și le încurajăm, „atât timp cât nu privesc problemele sexuale și religioase sau poziția autoritară a părinților“[3]. Prin urmare, se dezvoltă la mulți copii inhibiții afective ale gândirii sau, după cum le numește FERENCZI, „un fel de debilitate mintală afectivă“. Dar și din nevoia de-a pedepsi, acest produs al unei educații inadecvate[4] pot rezulta inhibiții ale inteligenței.

II. Contribuția specifică a testului Rorschach la problema măsurării inteligenței

Testul Rorschach nu este un test de inteligență. Pentru determinarea cantitativă a inteligenței, și mai ales pentru comparare, se recomandă în cazul copiilor prelucrarea TERMAN (Stanford-Revision) a testului BINET-SIMON, eventual în combinație cu testul labiritului al lui PORTEUS sau (mai ales pentru teste colective) testul de inteligență analitică a lui MEILI, iar pentru adulți cel mai bine scala WECHSLER- Bellevue.

Testul Rorschach nu oferă un ccoeficient de inteligență, ci prezintă numai o *estimare*. Totuși, acesta este superior în anumite privințe majorității testelor de inteligență. RORSCHACH însuși susține (și pe bună dreptate) că testul său prezintă „un examen de inteligență aproape independent de cunoaștere, memorie, exercițiu și educație“ (p.180). Și în afară de aceasta, testul Rorschach are avantajul de a fi total independent de înțelegerea verbală și oferă în același timp o imagine a tipului calitativ de inteligență. Într-adevăr ERNST SCHNEIDER într-o cercetare comparativă[5] a observat că testul Rorschach este

1 Vezi u. a. EDEN și CEDAR PAUL, Creative revolution și mai nou ERICH FROMM, The Fear of Freedom.
2 SIEGFRIED BERNFELD, Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung, Viena, 1925, p.17.
3 S. FERENCZI, Populäre Vorträge über Psychoanalyse, Viena, 1922, p.181/182.
4 HANS ZULLIGER, Schwierige Kinder, Berna, 1951, p.74.
5 ERNST SCHNEIDER, Die Bedeutung der Rorschach'schen Fordeutversuches zur Ermittlung intellektuell gehemmter Schüler, Zeitschr. f. angew. Psychologie, Bd.32, 1929, p.160.

echivalent unui test de inteligență a celorlalte metode aplicate în evaluări (BOBERRAG-HYLLA, DÖRING, BINET-SIMON)). Pe lângă acestea, el era capabil să elaboreze câteva descrieri calitative (tipul și direcția talentului) și să „pună în ordine anumite apariții ale inhibițiilor".

BECK[1] subliniază următoarele trei avantaje ale testului Rorschach ca instrument de măsurare a inteligenței: 1.rezultatele sunt „lipsite de infleunța școlarizării" 2.materialul pentru testare este în totalitate obiectiv și prezentat simplu; 3.același material poate fi aplicat pentru *toate nivelele* de inteligență.

Un alt avantaj, care la prima privire apare drept dezavantaj, este faptul că toți factorii Rorschach sunt dependenți simultan de inteligență și afectivitate, chiar dacă în proporții diferite. Dar în realitate este exact așa[2]. Acest aparent dezavantaj devine de fapt cel mai important avantaj al testului Rorschach pentru evaluarea inteligenței, din următoarele motive:

Cum, după cum am văzut, aptitudinea și performanța diverg în practică, dorim să ne apropiem mai *direct* de aptitudine. Idealul unui examen al aptitudinii nu a fost atins până acum. Nici chiar testul Rorschach nu îl împlinește, ci doar ajunge foarte aproape de el. El nu poate măsura capacitatea însăși, ci doar să stabilească că există o diferență între capacitate (capacity) și performanță (efficiency), adică o anumită inhibare a inteligenței, o inhibare afectivă de gândire sau de perfomanță[3]. (În acest moment ignorăm cazurile relativ rare de demență.) Cât de mare este această diferență, putem doar estima aproximativ și, uneori, nici măcar atât. (Există o *tendință* de a subestima această diferență.)

În această privință testul Rorschach se află într-o poziție preferențială în ceea ce privește examinarea inteligenței. Dacă alte teste de inteligență specifice, examinează doar performanța (testul analitic al lui MEILI și scala Bellevue a lui WECHSLER), el ne oferă în plus și un diagnostic calitativ al inteligenței. Mai exact spus: cu Rorschach este posibil să determini dacă performața scăzută determinată în rezultat se datorează unei deficiențe de inteligență (oligofrenie autentică), unui defect de inteligență (demență), ori unei inhibări a inteligenței (uneori pseudo-debilitate).

Psihiatria clasică a neglijat esențialmente acest domeniu până acum. (Dimpotrivă, din partea psihanalitică există numeroase cercetări și anume de la SIGMUND FREUD, PAUL FEDERN, HANS ZULLIGER, K. LANDAUER, ALFHILD TAMM.) Într-o lucrare excepțională (în limba norvegiană), psihiatra NIC HOEL a făcut referire la aceste circumstanțe. Ea scrie: „nu contest în vreun fel că există oligofrenie ereditară, dar cred că o cooperare amplă între psihologi, fiziologi experimentaliști și psihoterapeuți va spori numărul cazurilor de pseudo-oligofrenie". NIC HOEL[4] a colaborat ea însăși cu o psihologă ÅSE GRUDA SKARD,, iar experiența pe care a dobândit-o cu această ocazie a condus-o la

1 SAMUEL J. BECK, The Rorschach Testand personality Diagnosis, I. Feeble-Minded. American Journal for Psychiatry X, 1930, p.48.

2 MANFRED BLEULER, Der Rorschach-Versuchals Unterscheidungsmittel von Konstitution und Prozess. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd.151, 1934, p.572-573.

3 La fel și KLOPFER și KELLEY, a. a. O., p.266.

4 NIC HOEL, Pseudodebilitet, Svenska Läkartidningen, Bd.35, 1938, p.1521-1531.

concluzia tratatului ei: „doar prin compararea Binet-Simon cu Rorschach – cu anamneză, cu istorii familiale și cu cunoștințe despre structura nevrozei și despre efectul dinamic, despre educație și despre mediu – poate rezulta un diagnostic valoros.

III. Tehnica evaluării cantitative a inteligenței cu ajutorul testului Rorschach

1. Normalii (vezi şi rezumatul din „Psychodiagnostik“, p.256, şi „Vademecum“):

Inteligența omului normal sau a celui dotat peste medie curpinde următorii factori Rorschach: un F+% ridicat, o succesiune ordonată, mulți G, un tip de percepere G, G-D sau G-D-Dd (un așa-numit tip de percepere „bogat“), un A% redus, un Ban% mediu, un Orig.% mediu, și câțiva K.

a) F% ar trebui să aibă o proporție optimă 80-95%. Maximul se întâlnește doar în cazul pedanților, depresivilor sau melancolicilor. Acest factor presupune dominanța unei engramări acute, precise a formelor, (Formscharfer), deci un simț de observație dezvoltat și o bună capacitate de reevocare mnezică, ecforică (Ekphorierfähigkeit); în plus: *capacitate de concentrare*, *atenție* și stabilitate (Ausdauer). Dintre factorii lui MEILI, sunt implicați aici, parțial sensibilitatea (capacitatea de diferențiere) și parțial intensitatea tensiunii interioare.

b) Succesiunea trebuie să fie „optim de riguroasă“, adică *ordonată*. Succesiunea riguroasă (rigidă) este la rândul ei semnul de recunoaștere a pedanților și a compulsivilor, cea foarte relaxată și cea dezintegrata, a maniacalilor și a schizofrenilor. Acest factor este dependent de stabilizarea *atenției*, de disciplina logică automatizată și de precizia procesului de gândire. Succesiunea (ca stare de concentrare) se află de asemenea în legătură cu factorul de intensitatea tensiunii a lui MEILI.

Ambii factori, F+% și succesiunea sunt expresia funcțiilor dobândite, conștiente, și într-un anumit grad capabile de progres. Ceilalți factori ai inteligenței sunt mai puțin accesibili exercițiului și școlirii (cu excepția Tipului de percepere.).

c) G-urile trebuie să fie bine reprezentate, cel puțin 7-10 sau mai multe. Ele nu au decât valoare pozitivă, când sunt simultan F+ sau K+ (G+). PIOTROVSKI[1] completează aceste indicații ale lui RORSCHACH: adulții cu inteligență medie dau 6 G-uri; adulții cu un QI de peste 110 dau cam 10 G-uri. Și G-urile presupun o engramă perceptivă precisă, acută, ca și o bună capacitate de reevocare mnezică (ecforică) și aceasta aparține aptitudinii de privire de perspectivă (percepție a întregului). Pe lângă aceasta, G-urile sunt și exponenți ai unui factor volițional, o încărcătură afectivă și tensiuni dispoziționale spre performanță, deci ale intensității impulsului și al nivelului aspirațional, astfel precum perfecționiștii, vanitoșii standardelor de calitate și entuziaștii o au în grad mare. În cazul depresivilor și al pedanților, G-urile sunt de obicei restrînse ca număr. Aici se observă explicit factorul intensității tensiunii al lui MEILI, dar mai ales a factorul globalității. Totuși și factorul complexității este implicat aici.

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.82.

d) Tipul de percepere al inteligenților trebuie să fie „bogat", adică sa cuprindă un anumit număr de G-uri. Cât de important este rolul D și Dd pe lângă celelalte este mai mult o problemă de *calitate* a inteligenței (despre aceasta mai încolo). (În accepția lui MEILI, sensibilității îi aparțin unele Dd, iar gândirii de detaliu numeroase D-uri.) Chiar și aici atenția are un rol. Un tip de percepere diversificat este după rorschach un semn al unui „*simț comun* (common sense) *sănătos*".

e) A% trebuie să fie mic, adică la peroane mai tinere să nu depășească 50%. Deși trebuie luat în considerare faptul că, odată cu *vârsta*, A% crește. Persoanele peste 40 ani au rareori sub 50%, iar cele peste 50 ani au A-urile rareori sub 60%. Frecvența A-ului este un exponent direct al *stabilității structurii* a lui MEILI, adică se află în proporție inversă cu relaxarea asociațiilor (cu „fluența"), cu diluarea posturilor ferme, cu variabilitatea gândirii. Un minimum de A-uri se întâlnește în mod corespunzător la maniacali, și un maximum la depresivi.

f) Inteligenții au un *Ban% mediu* (20-25%, la copii 10-15%), sau ușor scăzut. Este în egală măsură un rezultat al „simțului comun sănătos", al adaptării intelectuale la societate, la mediul ambiant. Și Ban% este direct proporțional cu stabilitatea structurii.

g) Orig.% este, ca să spunem așa, oponentul lui A%. La cei inteligenți acesta ar trebui să fie mijlociu, căci unul prea înalt indică fie vanitate futilă (Fachsimpelei) fie înstrăinare de lume. Limita optimismului se află undeva în jurul a 50%. Orig.% este semnul unui anumit număr de percepții proprii, al capacității de a face asocieri orginale, și corespunde *structurabilității (originalității)* lui MEILI, factorului plasticității.

h) Factorul K, în fine, este sarea în bucate. Inteligenții care nu sunt nevrotici sau deprimați au întotdeauna câteva răspunsuri K. Acest factor este direct proporțional cu G și Orig.% și invers proporțional cu A%. K-urile sunt reprezentantele directe ale *aptitudinilor creatoare*, ale inspirației artistice, ale trăirilor religioase. Ca urmare, se găsesc în proporție mare la persoanele cu fantezie creativă și cel mai redus la cei apatici, uscați (Trockenen) ca și la unii depresivi. Dintre factorii lui MEILI le corespunde mai degrabă complexitatea (care însă iese în evidență cel mai bine în G-urile combinatorice). Inteligenții reproductivi au mai puține K decât cei productivi.

Acolo unde nu există o reducere nevrotică a K-urilor, regula lui BECK și KLOPFER[1] ne oferă o imagine aproximativă: 0-1 K în cazul inteligenței reduse (sub-mediu până la mediu), 2-5 K pentru medie (bun mediu și peste mediu) și 5 sau mai mult pentru inteligență ridicată (bună și foarte bună).

i) Pe lângă acești factori principali intervin și o serie de *alți factori:* timpul de reacție, în corelație cu numărul de răspunsuri, cu F% și cu G+ rezultă „factorul viteză" (speed-factor) (intensitatea la MEILI). Și *tipul de G*, dacă e banal sau original, simplu sau compus, are semnificația sa. În relația H cu Hd ar trebui să fie H > Hd. La inteligența redusă sau în depresie este invers. Și, în final, *varietatea conținutului* (și bineînțeles originalitatea) este importantă pentru estimarea cantitativă a inteligenței (pentru cea calitativă este în primul

1 KLOPFER și KELLEY, a. a. O., p.268.

rând). Observația lui KLOPFER[1] este fără îndoială corectă, că în cazul inteligenței relativ bune cu interese extinse, de obicei 25% din răspunsuri nu sunt H, Hd, A sau Ad. În cazul celor mai puțin dotați, aceste patru categorii ocupă în general mai mult de 75% din toate răspunsurile. Dar: prudență la inhibările nevrotice de inteligență, care (anume în cazurile de depresie nevrotică) pot crește brutal nivelul A% și ocazional și Hd ! Opusul acestui simptom nu este însă un indiciu al lipsei inteligenței.

Prudența este la locul ei în evaluarea cantitativă a inteligenței unui individ cu personalitate puternic religioasă. Protocolul pentru asemenea persoană cuprinde un număr relativ mare de răspunsuri K, al căror conținut religios poate servi drept indicator, dar și drept semn de avertizare. Impresia generală devine astfel uneori mai favorabilă decât e de fapt inteligența formală. Ceilalți factori (F+%, G+, A%, etc.) trebuie deci consultați mai îndeaproape (și Orig.% poate fi aici nedemn de încredere). Aceasta este una dintre rarele situații în care inteligența tinde să fie supraestimată.

Într-o cercetare despre factorii inteligenței în experimentul Rorschach GERTRUD VON WYSS-EHINGER ajunge la rezultatul că în „prima evaluare sumară a inteligenței“ în general se poate rămâne la „patru caracteristici principale“: numărul de G+ și de K+, F+ l și numărul de Orig.+. Pentru o „inteligență cel puțin nu sub medie“, ea a găsit următoarele valori minime: mai mult de 4 G+, mai mult de 1K, un F+% din peste 66 de răspunsuri F și mai mult de 1 Orig.+ sau cel puțin 2-3 din acești indicatori. Cum grano salis[2] (!) această regulă poate fi aplicată bine în practică, presupunând că nu avem o depresie ușoară care diminuează G+, K și Orig. sau inhibări de inteligență care diminuează F+, ceea ce rar poate fi exclus cu certitudine.

2. Sub-normalii.

Dacă inteligența este sub normă, există trei *posibilități* de departajare: poate fi vorba de o *inhibare* a inteligenței, de o *deficiență* a inteligenței, sau de un *defect* al inteligenței.

a) Inhibările de inteligență sunt inhibările afective ale gândirii. Acestea indică atât de precis, cum rareori altceva poate, cât de strâns este legată viața sentimentelor de inteligență. Se pot diferenția o inhibare *nevrotică* și una *depresivă* a inteligenței. Cea depresivă este o inhibare doar în sensul strict clinic al cuvântului, o decelerare și o slăbire a cursului gândirii ca urmare a efectului general (și motor) inhibant al depresiei. Aceste inhibări pot, atunci când depresia nu este cronică, să fie temporare și să dispară de pe o zi pe alta. Inhibarea nevrotică a inteligenței este, în opoziție cu cealaltă, mult mai stabilă și fără intervenție terapeutică, în general, constantă. Este în general corelată cu o altă inhibare depresivă mai ușoară, deoarece numeroase nevroze sunt legate de stări depresive cronice.

Este de remarcat că inhibiția inteligenței nu trebuie neapărat să ducă la un potențial de realizare sub-mediu. Cele mai multe tulburari se intâlnesc chiar și la inteligența normală sau bună, care doar „de la mână pân'la gură “ ar fi putut fi peste normal sau chiar mai

1 KLOPFER și KELLEY, a. a. O., p.272.

2 Expresie latină cu înțelesul de-a înțelege sau lua un lucru sub o anume rezervă (N.T.)

bună. În timp ce cei dotați mediu sau superior au performanțe normale chiar în cazul unei inhibiții, o inhibare de inteligență echilibrată duce la unii indivizi dotați mediu, la o pseudo-debilitate.

Principiul diagnosticului Rorschach al inhibiției inteligenței este simplu: aceasta se deduce dintr-*o incongruență stridentă între factorii inteligenței rezultați din test.* În cazul debilității declarate se întâmplă uneori să trebuiască să ne gândim la UHLAND: „încă *o* coloană înaltă stă mărturie măreției dispărute". Aceasta ar putea de exemplu să fie în mod evident un bun original, care în cazul debilității mentale autentice nu apare, sau comparativ mulți G+ sau K+. La întâlnirea de Hd-uri pure, trebuie luată în considerare întotdeauna o anumită inhibare a inteligenței (vezi cap 5).

α) inhibarea nevrotică de inteligenței se recunoaște prin aceea că în afară de o degradare considerabilă a unor factorilor individuali de inteligență în comparație cu alții de calitate bună, sunt prezente și simptome nevrotice notabile (șoc cromatic sau la negru/obscur, valori cromatice labile, Do-uri și alte semne ale anxietății, stupoare la simboluri sexuale, etc.). Do ar fi, în concepția lui SALOMON, (vezi p.60) un semn al agresivității convertite în anxietate, care joacă un rol considerabil în etiologia inhibării nevrotice a inteligenței. O formă foarte des întâlnită a inhibării nevrotice a inteligenței este creșterea frecvenței răspunsurilor anatomice (Anat.) proaste și câteva Do-uri (anxietate ipohondră). Prin aceasta poate crește considerabil F%; și atunci când simultan, printr-o depresie psihogenă G-urile sunt reduse și A% crește, inteligența primară poate fi măsurată doar prin K și Orig. La fel de bine pot să dispară K și Orig., deoarece rămân probabil mulți G+ și eventual și un A% foarte ridicat. Conștiința analitică poate fi uneori redusă (vezi cap.6, paragraful.2). Apar aproape toate combinațiile și variațiunile, și poate fi foarte atractiv să tragi concluzii despre inteligență și despre întreaga structură a nevrozei, în acest caz, din incongruențele specifice dintre factori. Nivelul aptitudinii originare este însă rareori evaluabil.

β) inhibarea depresivă a inteligenței prezintă tablouri specifice. Aici depresia își va avea locul într-un plan mai apropiat decât nevroza. În mod obișnuit și sindromul despresiei este imperfect. Condițiile care au dus la dezvoltarea cazului vor putea fi concluzionate din combinația specifică dintre degradrea unilaterală a anumitor factori ai inteligenței și existența unilaterală a anumitor simptome ale depresiei (în timp ce alți facori sunt intacți).

Foarte des inhibări depresive ale performanței au F- nedefinite. Acolo unde lipsesc, se constată de obicei, o anumită inhibare a producției, recognoscibilă prin reducerea de K și G, un A% mare etc. și cu F+% bun. Aceasta este deci mai puțin o inhibare calitativă cât una cantitativă a performanței, o inhibare a activității, care este deseori interpretată greșit drept „lene". Deși inhibarea depresivă a producției reprezintă și o schimbare calitativă într-un anumit sens, în care conținuturile sunt terne, monotone și/sau sterile. Inhibarea cantitativă a activității, *lipsa chefului de activitate*, este însă principalul indiciu al tulburării.

Certitudinea că există o inhibare depresivă a inteligenței nu este dificil de stabilit. Trebuie însă să ne arătăm precauți la evaluarea calitativă a inteligenței, atunci câd există semne

de depresie. Atunci sunt reduse drastic G, Orig., și uneori și K, abia se mai poate observa (la F+%) că persoana avea inițial o inteligență normală, dar adevărata lor capacitate nu se mai lasă estimată realist. Aici relațiile sunt similare cu cele din cazul unei inhibări nevrotice a inteligenței. (Chiar și cu teste specifice de inteligență nu se pot obține rezultate corecte pentru deprimați. Nu rareori se întâlnesc în jurnalele unor clinici psihiatrice și sanatorii pacienți cu QI crescând considerabil, dar la care se dovedește ulterior că primele evaluări de rutină care ne-au indus în eroare se trag din starea de deprimare din acel moment.)

b) Lipsa inteligenței (Oligofrenia)

α) Despre psihologia oligofrenilor. Prin ce se deosebește inteligența oligofrenilor de cea a oamenilor normali este în primul rând lipsa capacității gâdirii lor de a privi în ansamblu, de a prevedea și de a planifica. Oligofrenul poate să înțeleagă doar ceea ce este lângă el, concretul, aici și acum; tot ce necesită prevedere și asociații complicate nu poate realiza decât cu îndrumare.

În mod corespunzător, oligofrenul profund este, în cadrul său social, sugestibil, impulsiv, schimbător și nedemn de încredere. În mediul social el nu poate funcționa decât asistat de altcineva. Impresia că oligofrenii sunt foarte irascibili și că își schimbă stările de spirit extrem de rapid este doar un mit. Acestea sunt trăsături psihopatice, care se întâlnesc doar la un număr restrâns de oligofreni, după cum există alții care au greutăți sociale evidente în a se adapta. Debilul mental „pur“ are difcultăți de adaptare, fie emoționale, fie sociale și morale[1].

β) diagnosticul Rorschach a oligofreniei. Toate aceste trăsături și subgrupe ale oligofrenilor le găsim în cercetările Rorschach despre oligofreni. Rorschach însuși a avut numai 12 oligofreni de diverse grade în materialele sale. Cunoștințele noastre actuale despre reacțiile Rorschach ale oligofrenilor se bazează în principal pe lucrările lui PFISTER[2], ZULLIGER[3] și BECK[4], care în principiu sunt de acord unul cu celălalt. De la ei rezultă următoarele:

Conștiința interpretativă a oligofrenilor este de cele mai multe ori, fie diminuată, fie foarte ridicată. Numărul răspunsurilor nu arată o tendință clară. Poate varia de la sub-mediu la peste-mediu. Timpul de reacție este de cele mai multe ori prelungit. PFISTER găsește 60-70 minute pentru 15-25 răspunsuri. F+% este bineînțeles redus, 0-60%. Debilii ușor îl au undeva între 45-60%, imbecilii între 0-45% (BECK). A% este ridicat, după RORSCHACH 70-100%, după Beck 60-100%, după Pfister circa 60. Ban% este în general redus, dar variază în funcție de adaptarea socială. La cei foarte bine adaptați este

1 Mai îndeaproape despre aceste probleme vezi STANLEY D. PORTEUS, The Maze Test and Mental Differences, New Jersey, 1933, p.33-37.

2 OSKAR PFISTER, Ergebnisse der Rorschach'schen Versuches bei Oligophrenen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd.82, 1925, p.128-223.

3 HANS ZULLIGER, Jugendliche Diebe im Rorschach-Formdeutversuch. Berna, 1938, p.136.

4 SAMUEL J. BECK, The Rorschach Test and Personality Diagosis, I. The Feeble-Minded. American Journal of Psychiatry X, 1930, p.19-52, și: The Rorschach Test as Applied to a Feeble Minded Group, Arch. Psychol., vol. 136, 1932, p.84.

mai normal, la cei inadaptați sau antisociali este extrem de redus (BECK). Orig.% (Orig. rău) est relativ ridicat; după BECK 30-40% la debili, 40-70% la imbecili. Oligofrenii au în general G+ foarte puțini și banali (lipsă de perspectivă). PFISTER ȘI BECK au găsit ambii între 0-3 G+, BECK a găsit în mod excepțional până la 5 (cu 3 ca medie). Aici este vorba despre forme aproape regulat rele și deseori DG și chiar DdG (ZULLIGER). Dd-urile sunt corespunzător multe și apar de obicei la periferia exterioară și interioară a petei (ZULLIGER), tipul de percepere este de obicei D-Dd (RORSCHACH, BECK). În unele cazuri există Do-uri dese după cum au fost obervat de către RORSCHACH (atunci prezența de F+% ar da o imagine prea favorabilă!); deși nu este în nici un caz aceasta regula (PFISTER, ZULLIGER). BECK a găsit-o doar în 29% din cazurile sale. Succesiunea este de cele mai multe ori ordonată, uneori relaxată.

Este foarte important că în mod obișnuit oligofrenii nu au, sau au foarte puține K-uri, în general nu mai mult de unul. În acestă privință apare o coincidența perfectă a opiniilor lui Rorschach cu ale tuturor cerectătorilor ulteriori. *Când* debilii au un K, acesta e în mod normal K-ul banal de pe planșa III, sau eventual K-ul banal de pe planșa II. La un bun răspuns K, de ex. la planșa IV ca unicul K, ar trebui să fie dificil de diagnosticat oligofrenia adevărată.

Răspunsurile cromatice se comportă diferit, în funcție de temeperament. Oligofrenii torpizi (cei mai mulți dintre oligofreni) nu dau, după PFISTER, prea multe răspunsuri cromatice, cei eratici însă, da. Beck a găsit o medie de 3,7. Ca urmare a lipsei de K, tipul de experiență este extratensiv, deseori egocentric-extratensiv. *Denominarea/numirea de culoare* (din deficiențe de asociere) nu este ceva neobișnuit. După PFISTER, 70-80% din toate C-urile pure sunt, în cazul oligofrenilor, numiri de culoare. Acestea se întâlnesc cel mai des la imbecili și idioți, dar apar uneori și la debilii ușor. Trebuie avut în vedere că valoarea simptomatică a unor raspusuri cromatice la oligofreni, nu este certă (PFISTER).

Șocul cromatic nu se întâlnește la oligofrenii „puri“. Acest lucru a fost stabilit atât de RORSCHACH cât și de PFISTER și ZULLIGER. Deși, bineînțeles se poate ca, unii debili ușor să fie în același timp și nevrotici, și atunci nici șocul la culoare nu mai este o raritate. În opoziție, atracția către culori este frecventă. Răspunsurile se înmulțesc semnificativ de la planșa VIII încolo, cu timpi de reacție mai mici.

Interpretările antomice poziție („cap“, pentru că este deasupra etc.) nu sunt o raritate la oligofreni. În general în conținut câștigă Hd față de H (degete, mâini, picioare, nas, ochi) și cand A% nu este prea mare, se găsesc alte stereotipii ca piatră, ramuri, etc[1]. Apar chiar și *perseverații* autentice.

Oligofrenul se poate depista și prin remarcile de “siguranță a izbânzii”[2] și prin neclaritatea subiectivă asupra modului de percepere, adică imposibilitatea de a indica planșele care i-au fost arătate (Pfister, Zulliger). *Confabulații* apar ocazional, deși nu sunt frecvente.

---

1 MANFRED BLEULER, Der Rorschach'scheFormdeutungversuch bei Geschwistern. Zeitschr. f. Neurologie, Bd.118, 1929, p.390.

2 Remarci privind caracterul definitiv, indubitabil, de cucerire a semnificației “reale” ale interpretărilor sale (n.t.)

Nu este important numai să recunoaștem că un pacient este oligofren și în ce grad anume, dar cel puțin la fel de importantă pentru tratament este și recunoașterea trăsăturilor sale de caracter. Și aceasta este posibil prin testul Rorschach. Mai ales *adaptabilitatea socială* și *temperamentul* au o însemnătate deosebită. După cum am vazut, sociabilitatea în general o putem citi după Ban (număr absolut și %), iar temperamentul după răspunsurile cromatice. Afirmația lui Porteus, că o iritabilitate crescută a sentimentelor *în sine* nu aparține oligofreniei, a fost confirmată de cercetarea lui Pfister.

c) Defectul de inteligență (demența)

Un produs secundar frecvent al schizofreniilor si al diferitelor procese patologice de natură organică este reducerea parțială a capacității înnăscute și a potențialului de performanță. Vorbim in acest caz de demență schizofrenică sau organică. Ambele tipuri de demență pot apărea în grade foarte diferite, de la cele ușoare, greu observabile în viața cotodiană, până la cele mai grave afecțiuni. Tulburarea schizofrenă este calitativ diferită de cea organică. Ambele forme vor fi tratate mai îndeaproape în capitolul despre psihoze. Ceea ce vrem să subliniem aici este că alături de aspectul negativ al destructurarii inteligenței în demență, apar încă semne pozitive, ceea ce nu apare în cazul inhibării nevrotice sau depresive a inteligenței sau în cazul oligofreniei (Orig.- absurde, căutate, tulburări ale capacității de a observa, nesiguranță, critică, confabulații, etc.).

3. Supradotații

Supradotații sunt, bineînțeles, din toate punctele de vedere, opusul oligofrenilor. Trăsăturile lor principale de recunoaștere sunt un tip de percepere bogat, o originalitate accentuată, și un tip de rezonanță intimă mai dilatat, ambiegal. Acestora li se adaugă răspunsuri G+ de o foarte bună calitate, cu combinații, KC și alte rarități asemănătoare. Nivelul întregii coloane a conținuturilor cu bogata sa diversitate și cu toate impresiile sale plastice și originale iese în evidență din prima privire. (Detalii mai aprofundate în evaluarea calitativă a inteligenței.)

IV. Oferim în final o scală a raporturilor pentru evaluarea cantitativă a inteligenței, care servește în principal scopului de a consolida terminologia în mod integrator. Nu are rost să înlocuim aceste raporturi prin cuantificatori ai inteligenței, deoarece testul Rorschach oferă de obicei mai mult și cu totul altceva decât un QI, care mai întâi de toate induce în eroare, și anume în cazul celor dotați, între care pot exista diferențe uriașe între tipuri cu același QI (vezi următorul capitol). Imaginea generală a *întregului* protocol este decisivă.

Linia mediană din următoarea schemă are rolul de medie statistică, mijloc matematic al unei populații. Se recomandă ca gradele cantitative de inteligență să fie categorisite oarecum după următoarea schemă:

Inteligență:

Genial

Foarte bună (înaltă)

Bună

Peste medie

Bună medie

……………………………………………………………………..

Slabă medie

Neinteligent

Inferior (înapoiat/retardat)

Debil

Imbecil

Idiot

Media „normală“ variază între „neinteligent“ și „mediu bun „ (cu un QI între 80 și 105). Prin „peste medie“ se înțeleg oameni dotați *ceva* mai bine. Academicienii eminenți ar trebui sa aibă în general cel puțin o inteligență „bună“. Prin „inferior“ ne referim la ceva între inteligență normală și oligofrenie, cu un QI între 70-80. Limita cu genialitatea se găsește undeva la un QI de 140.

B. Evaluarea calitativă

I. Delimitarea tipurilor

1. Teoria tipurilor de inteligență

De curând din faptul că trăim într-o lume a cărților, a obiectelor și a oamenilor, și toate trei au diferite cerințe de la noi, Thorndike[1] diferențiază trei tipuri de inteligență, cea a*bstractă* sau *verbală*, cea *concretă* sau *mecanică* și cea *socială*. Cele mai multe teste de inteligență evaluează doar inteligența abstractă, și după Rudolph Pintner[2] testele precum Stanford, Binet sau Army Alpha sunt elocvente numai pentru inteligența abstractă; inteligența concretă este evaluată doar foarte puțin, iar cea socială deloc.

Pe de altă parte Meili deosebește pe lângă factorii formali menționați următoarele diferențe *materiale* ale inteligenței: gândirea *teoretic-abstractă* (logică) și cea *obiectiv-artistică* (intuitiv-concretă). Meili[3] a luat poziție și față de problema inteligenței *practice*. Prin cercetări cu testul strungului s-a a observat că inteligența practică este probabil legată de interacțiunea cu obiectele (*manipularea materială*). Manipularea materială este luată în considerare în testele pentru copii mici ale lui Bühler-Hetzer drept una dintre componentele procesului de maturizare independentă de produsul spirituale și de contactul social.

Ambele categorisiri au îndreptățirea lor. Deoarece două grupe (inteligența practică și cea teoretică) sunt comune, am avea în total patru feluri de inteligență: teoretică, practică, socială și artistică. În ciuda faptului că, în teorie și practică, se pot deosebi un contact afectiv de unul intelectual, totuși inteligența *socială*, capacitatea de a interacționa cu oamenii, este dependentă într-un grad atât de înalt de factorii afectivi, încât este practic mai convenabil să tratăm problema *contactului social coroborată cu afectivitatea* (vezi capitolul următor)?

Rămân astfel trei tipuri propriu zise de *inteligență* sau *aptitudini*:

a) Inteligența abstract-teoretică este capacitatea constructivă de procesare abstract-asociativă, adică gândire teoretic-noțională, speculativă, asa-numita gândire matematic-cauzală sau coerentă, capacitate care se bazează pe o anumită acuitate a percepției la distanță – (aptitudinea de-a observa). Exercițiul tipic al acestei dotări este productivitatea noțional-sistematică.

b) Inteligența practică, materială, se bazează mult mai mult pe experiențele tactile și kinestezice (motorii) și este abilitatea de prelucrare material-motrică. Aceasta este corelată cu gândirea practică, a "socotelii" sau gândirii cu scop. (Se constituie o legătură încă necercetată îndeaproape între practică și gândirea "materială", orientată către finalitate.) Exercițiul inteligenței practice este productivitatea practic-productivă, travaliul constructiv, atâta timp cât se muncește cu material vizibil. (Aici există o limită volatilă cu gândirea artistică.)

---

1 E. L. THORNDIKE, Intelligence and its Uses, Harpers magazine, Bd.140, 1920, p.227-235 (apud. ANNE ANASTASI, Differential Psychology, New York, 1937, p.303).

2 Apud. STANLEY D. PORETEUS, a. a. O., p.25.

3 RICHARD MEILI, Bemerkungen zum Problem der Praktischen Intelligenz, nach dem Autoreferat in Schweiz. Ztschr. F. Psychologie, Bd.7, p.310/311.

c) Dotarea intuitiv-artistică se referă la o anumită plasticitate a imaginației, care înlesnește capacitatea de a gândi în imagini plastice, așa numita gândire artistică, al cărui exercițiu este productivitatea artistică, inovatoare, poetică (vizuală și muzicală). Includem aici intenționat și invenția, deoarece invenția creativă este o idee tehnică nouă, mult mai apropiată gândirii artistic-creatoare decât construcției manuale, îndemânării.

După cum se vede, aceste trei tipuri de aptitudini, care se diferențiază și în testul Rorschach, coincid destul de bine cu vechea împărțire în aptitudine intelectuală (accentuând pe noțiuni), materială (accentuând pe fapte) și spirituală (accentuând pe imaginație).

2. Sindroamele Rorschach ale tipurilor de aptitudini

Evaluarea calitativă a inteligenței cu ajutorul testului Rorschach presupune un anumit nivel al inteligenței. În principal, felul dotării poate fi diferențiat mai exact atunci când nivelul total al inteligenței este „bun mediu“ sau și mai bine „peste mediu“ sau deasupra. Protocoalele unor inteligenți sunt de cele mai multe ori atât de sărace în material încât o specificare mai detaliată este dificilă, sau doar în mod execpțional posibilă.

Tipurile de aptitudini vor fi determinate – ca toate tipurile psihologice sau tablourile patologice de stare – cu ajutorul sindroamelor Rorschach, adică prin legăturile tipice cu anumite simptome Rorschach, nefiind necesare toate penru fiecare caz particular. Tipurile de inteligență sunt abstracții, care nu apar nici în viața reală mereu în stare „pură“, și la fel se comportă și tablourile Rorschach.

a) Dotarea abstract-teoretică presupune în primul rând o bună pirvire de ansamblu a entităților globale, simț al sistematicii si al conexiunilor teoretice. De aceasta aparține, înante de toate, un număr mare de G+, și anume așa-numiții G-uri „abstracte“, adică nu compuse constructiv-combinatoric. K, pe de altă parte nu trebuie să fie în număr atât de mare în cazul aptitudinilor de tip reproductiv (în cazul științelor de tip productiv sunt mai mulți). Dar Orig.% este de cele mai multe ori bun. Tipul de rezonanță intimă nu este atât de puternic dilatat ca în cazul artiștilor, dar de cele mai multe ori ambiegal. Bineînțeles F+% trebuie să fie ridicat și A% scăzut, ca în toate dotările bune. Rezultă din acestea următorul sindrom[1]:

Mulți G+ abstracți („doar teoretic“: simultan Dd multiplicați)
F+% ridicat (85-95%)
Succesiune relativ strânsă/rigidă (construită pe detalii: succesiune inversă)
Câteva K+ (reproductivii mai puține, creativii mai mulțe)
Orig.% relativ ridicat (20-30%) (creativii: originalități de procesare)
Ban% relativ redus (15%, 3-5 Ban)
A% redus (35-45%)
Tip de rezonanță intimă relativ coartat, cel mai mult ambiegal
Eventual răspunsuri EQa

1 Compusdupă HANS ZULLIGER, Einführung in den Behn-Rorschach-Test, p.103.

b) Aptitudinea practică este în primul rând doar inteligența practică pură, abilitatea de-a interacționa cu obiecte, de a putea acționa rapid.

α) inteligența practică se exprimă în principal prin D accentuat, dar de fiecare dată și cu câțiva G (deci nu un tip D pur, altfel lipsește spiritul de prevedere, care le este necesar oamenilor practici). Cei originali se regăsesc cel mai adesea în răspunsurile D și Dd. Dacă relația H:Hd are o anumită corelație cu inteligența teoretică, în mod remarcabil și relația A:Ad are o corelație asemănătoare cu inteligența practică (ZULLIGER, Bero-Buch, p.72). Dacă luăm tendința amintită mai devreme a oamenilor practici către perceperea laterală (ZULLIGER, a. a. O., p.105), ajungem la următorul sindrom al inteligenței practice:

Tip de rezonanță intimă extratensiv
Tip de percepere G – D – (Dd)
A > Ad
Orig. D (și Dd)
Tendință către percepere mai laterală în planșe

β) înzestrarea tehnică este o variantă specifică a inteligenței practice. Ea este efectiv un plus fața de aceasta, deoarece i se alătură capacitatea constructivă, o anumită stringență logică (succesiunea de cele mai multe ori destul de strânsă) și la inventatori ca și la graficieni, un anumit impact artistic. Cel mai important rol în tabloul Rorschach al tehnicienilor sunt G-urile lor constructiv-combinatorice, Dd-uri exacte și F(C)-uri acute și deseori percepții de perspectivă (în accepția mai largă a lui Rorschach, deși și în cea restrânsă a lui Binder). Mai departe este tipic modul în care caracteristicile creatoare ale oamenilor tehnici sunt indreptate spre practic, adică sunt interpretați K preferențial D-urile (vezi ex. nostru nr.6, profesorul care construiește mașini). Sindromul tehnicienilor arată aproximativ astfel[1]:

Mulți G+ (abstracți + constructiv-combinatorici)
F+% ridicat
Succesiune relativ strânsă
De cele mai multe ori câțiva F(C) acuți și percepuți original (în sensul lui Rorschach) (arhitectonic-perspectivistic)
Câțiva K+ (mai mulți DK decât GK)
(frecvent „simetrie“)
Orig.% relativ ridicat (mai multe motive originale decât prelucrări originale; G+ originali și constructivi)
Ban% oarecum redus
A% puțin (30-40%)
Mai mult A decât Ad
Tip de rezonanță intimă abiegal, adesea spre coartat
Dd puțini, dar acuți.

1 Compus după ZULLIGER, a. a. O., p.103.

γ) „Simțul realității“, adică *controlul* funcțional *de încredere, al realității*[1], se află într-o anumită legătură cu inteligența practică, ceea ce este deja evident, și anume că cei ancorați mai puțin în realitate, cei visători și pierduți în fantezii pot fi numiți generic și „nepractici“. Știm că cei rupți de realitate au un Orig.% foarte înalt și un Ban% foarte redus. Însă nu doar atât. Un control normal al realității presupune o doză minimă de acuitate a formelor, și anume la G (și eventual DG). G– și corespunzător DG– sunt semne evidente al slăbirii simțului realității (visătorii, mitomanii și parțial hoții). Bineînțeles și originalele proaste (și anume originalele de percepere) exprimă contrariul unui control netulburat al realității. Aceeași este valabilă și în cazul refuzului.

În caz de dubiu se recomandă, după cum am amintit în capitolul despre prognostic, să se estimeze un F+% lărgit (în modul lui Schafer), în raport cu K, FC, F(Fb) și FHd.

Putem face următoarea comparație a așa-numitului simț al realității:

Control al realității precis, de încredere	Control al realității prost, nedemn de încredere
(simț al realității)	(visători, distrați, mitomani)
F% bun	F% prost
G dominant G+	G dominant G-
Puțini sau nici un DG, cel mai probabil DG+	Mulți DG, cei mai mulți DG- (la visători în relație cu tipul de rezonanță intimă introversiv
Orig.% nu mai mult de 50%	Orig.% mai mare de 50%
Ban% normal sau ușor scăzut	Ban% puternic redus
	Ban lipsește la planșa 5
Orig.+ dominant, aproape total	Orig.- mai mulți sau chiar dominanți
Nu prea multe originalitați de percepere	Originalități de percepere proaste sau originalități bune prea extinse
	Abstracțiuni infantile
Nu există confabulații	Confabulații și combinații confabulatorii
Nu prea mulți Kmic.	Remarcabil de mulți Kmic.
	K-
	F-K- uri confabulatorii
	Șoc cromatic negat
Index al realității 5-8	Index al realității 0-4

c) Inzestrarea artistică este indicată în primul rând de multitudinea de K-uri. Și numărul de G este de regulă relativ mare. Mai presus de toate însă, Orig.% atinge aici cea mai înaltă valoare, iar A% este corespunzător redus. Gândirea intuitiv-artistică este extraordinar de mobilă. Tipul de rezonanță intimă este de cele mai multe ori ambiegal și adesea destul de dilatat. În cazul gândirii artistice se deosebesc o serie întreagă de particularități. Acestea sunt KC-urile, KHdF-urile, Kmic-urile. combinațiile, scenele și răspunsurile EQ. Contopiri

1 FREUD vorbește despre examinarea realității, deosebit de detaliat în tratatul „Metapshychologische Ergänzung zur Traumlehre“, Ges. Werke, Bd.X, p.422-425.

între figuri și fond apar deseori înlănțuite. Putem stabili deci următorul sindrom pentru înzestrarea fanteziei artistice (după Rorschach, Zulliger):

Număr de răspunsuri peste mediu
Mulți K+ (G, D și Dd)
Deseori mulți G+
F+% ridicat
Orig.% foarte înalt (motive + procesare + percepere)
Ban% relativ redus
A% redus
Succesiune lejeră (uneori inversată)
Tip de rezonanță intimă relativ ambiegal (adesea K > FC)
Deseori Kmic.
Uneori KC
Uneori KHdF
Motive scenice, din basme sau mituri incluse în conținut
G combinatorii buni și alte combinații
Uneori răspunsuri EQ
Uneori impresii
Deseori contopiri între figuri și fond (de obicei mai multe)
Pornire către interpretare

Pare că am putea deosebi anumite înzestrări artistice deosebite. În timp ce înzestrarea estetică plastică (pictor, sculptor, etc.) are, pe lângă toți ceilalți factori, și KC, KHdF, Kmic, scene și (în cazul înzestrării către compoziție) combinații, aceste categorii nu sunt atât de exprimate în cazul talentului actoricesc. Pot la fel de bine să și lipsească, aici întâlnim (în afară de factorii principali) multe originale de percepere, răspunsuri EQ (atenție la expresivitatea feței) și contopiri între figuri și fond. (Talentul actoricesc este efectiv mai „absorbit“ de realitate decât cel plastic, care lucrează cu materie moartă.) Talentul literar se deosebește esențialmente prin originalele de prelucrare bune și formulări spirituale, glumețe, iar în afară de acestea prin numărul mare de Kmic și H abundent la cei cu tip de rezonanță intimă introversiv. Talentul muzical este cercetat și mai puțin; probabil că si acesta are un tip de rezonanță intimă mai introversiv, deși trebuie să facem distincția între muzicienii productivi și cei reproductivi. Cei de pe urmă sunt după Rorschach mai degrabă extratensivi.

II. Diagnosticul individual calitativ al inteligenței

În opoziție cu tipurile, diagnosticul individual al felurilor de inteligență se bazează, ca și diagnosticul inhibărilor de inteligență, pe relația reciprocă a factorilor inteligenței din protocol, doar că aici este vorba mai puțin de incidența defectelor și mai mult de “forțe”. Factorii cei mai puternici în ambele cazuri indică preponderența înzestrării specifice. Amintim din această perspectivă și o serie de alte câteva probleme speciale minore.

1. F% trebuie să fie în cazul inteligenților întotdeuna ridicat; o creștere semnificativă, până la maximum de 100 nu este în nici un caz un avantaj, ci (fără a lua în considerare depresiile) mai degrabă semnul unei anumite aridităţi. Dacă este mai redus de 70-80%, este un indiciu că, fie capacitatea de observare, fie cea de concentrare, fie controlul realității, sunt deficitare.

2. Rigoarea succesiunii este o funcție a logicii abstracte. În cazul înzestrării artistice, ea este corespunzător mai relaxată. Dacă oamenii de știință au o succesiune mai relaxată, aceasta se datorează fie unui „impact artistic" fie unor trăsături nevrotice.

3. G semnifică, în cazurile bune, perspectivă, talent organizatoric, (la tipurile de rezonanță intimă mai extratensive) și simț al asocierilor teoretice și al sistematicii științifice. Simultan, nu trebuie să pierdem din vedere componentele afective și voliționale (puterea de acțiune, nivelul de aspirație).

Acestea sunt deosebit de importante pentru evaluarea ambiției. Rorschach deosebește o ambiție pentru calitate și una pentru cantitate. Ambiția cantității presupune ca individul să vrea să întreprindă multe acțiuni, vrea să-și demonstreze zelul. Numărul răspunsurilor sale este mare, dar conține multe Dd, deoarece G nu pot crește corespunzător, iar în rest multe răspunsuri anat. și geogr. (vrea sa-și demonstreze cunoștințele din școală!). Cei ambițioși calitativ însă, vor să facă totul bine. Nu îi interesează cantitatea. Numărul răspunsurilor sale este redus și se apropie uneori de 10, care ar trebui să fie după posibilități, mai toate G+. Unora le reușește, și unii dintre G buni sunt chiar răspunsuri K+ și Orig.+-.

Dar nu toți care posedă o ambiție calitativă evidentă sunt și înzestrați cu un talent natural care să le permită să realizeze și obiectiv ceea ce și-ar dori. Probabil sunt măcar mulțumiți cu perfomanțele lor (ceea ce nu prea este cazul la ambiția calitativă nevrotică), în realitate însă performanța rămâne în urma bunei intenții. Aceste persoane au și multe răspunsuri G, dar care sunt parțial forme proaste (G±) sau forme predominant proaste (G∓). Dorința de performanță și direcționarea teoretică a interesului e prezentă, dar lipsește talentul. Asemenea oameni au deseori o atracție nefericită către știință, în cazurile crase se poate vorbi de o „imbecilitate situațională" (Eugen Bleuler).

Dacă se identifică DG la un tip de rezonanță intimă introversivă, este cel mai probabil vorba de un visător. Doar la formele foarte bune (DG+), dar nici atunci mereu, acestea apar la gânditorii constructivi. DG - semnifică bineînțeles întotdeauna un deficit (vezi „confabulațiile").

În mod normal, între G, K și Orig. există o corelație pozitivă. Acolo unde este ruptă, aceasta constituie un indiciu asupra anumitor particularități calitative (și cantitative) ale inteligenței și caracterului. Cei cu o ambiție care le depășește puterile sunt un asemenea exemplu. Deoarece bineînțeles acești oameni, cu predominanța lui G±, au puține răspunsuri K+ sau Orig.+; mai rar, apar chiar Orig.-. Dar poate apărea și o inversare, protocoale cu K+ relativ mulți și Originalități bune, dar cu puțini G. În afară de formele cunoscute de talent tehnic, (cei care lucrează în mecanica fină, ceasornicarii), care au în general un G construit, această situație se întâlnește în unele depresii psihogene, care nu au legătură cu factorii K și Orig., dar care determină o reducere a lui G. Și alte modificări ale acestei corelații sunt posibile.

4. La tipul de percepere, atunci când nu este vorba de vreo depresie, felul de dispoziție pentru muncă poate fi citit relativ ușor. Tipul G+ pur apare numai la gânditorii abstracți sau la cei cu înclinație către fantezie, tipul G – D – (Dd) la cei care gândesc mai teoretic, iar tipul G – D – (Dd) la cei cu înclinații mai practice. Persoanele care lucrează miniatural (cei care lucrează în mecanica fină, dentiștii, ceasornicarii, opticienii, aurarii și contabilii și alții cu meserii asemănătoare) au de cele mai multe ori tipul de percepere G-D-Dd. Oameni ca aceștia, cu privirea îndreptată din obișnuință asupra imediatului, sunt în mod conștient în opoziție cu marinarii, pădurarii și piloții. Și în final, se găsește uneori și tipul de percepere G – D – Dd, la cei la care D nu sunt relativ nereprezentați. Aceștia sunt de cele mai multe ori oameni nepractici, care se cramponează de mărunțișuri, construiesc legături mai curând îndrăznețe, dar trec cu vederea ceea ce se află în imediata lor apropiere (ca D). Ei sunt de obicei mai excentrici și mai morocănoși. În final, tipului G – D – Dim îi corespund tipii problematici, pentru care „problema este mai importantă decât viața sau semenii". Ei pot uneori „să treacă peste cadavre"[1].

5. Privitor la A% pot fi diferențiate două grupe cu procent sporit în afara creșterii din cauza vârstei înaintate, a depresiei sau a unei tulburări organice: artiștii și cei cu fantezie bogată, a căror lume e mai detașată de cotidian (s-a observat la oameni în vârstă A% relativ diminuat, în cele trei exemple de oameni înzestrați), cu un A% deosebit de scăzut de circa 20-35%, iar „muritorii de rând" cu meserii și vieți practice cu un A% mediu de circa 35-50%.

În mod obișnuit, unui A% redus se găsește corespunzător un Orig.% ridicat și invers. Un A% foarte redus și un Orig.% redus se întâlnesc rareori împreună în același protocol. Uneori se poate vedea totuși, de ex. A=29%, Orig.=6%, K=5 (în cazul unui academician tânăr) sau A=44%, Orig.=6%, K=1 (în cazul unei chelnerițe de aproape 60 ani). În aceste cazuri este vorba de o mare mobilitate spirituală cu o originalitate relativ redusă, un fel de mobilitate receptivă, versus oameni mai puțini realizați, dar educați, care se feresc de stereotipii și își întrețin spiritul suplu îngrijindu-se de interesele lor culturale.

6. Și Ban% trădează uneori o „notă personală". Din cauza limitei superioare a numărului de Ban , trebuie luat în considerare întotdeauna pe lângă Ban% și numarul absolut de Ban. Nivelul mediu al acestuia se află între 5-7; 9-12 și mai mult, trece drept superior, 3-4 ca număr redus (ZULLIGER, Bero-test, p.223). Dacă Ban lipsesc cu desăvârșire, avem de-a face cu schizofreni sau autiști sau o altă afecțiune gravă de contact. Un număr redus de Ban au persoanele nepractice și cele înstrăinate/antisociale. Ban foarte mulți în combinație cu A% foarte ridicat și Orig.% redus indică simplu banalitatea. Aceste persoane sunt cele considerate plictisitoare. Mulți Ban (cu Ban% deseori de 40% sau peste) în combinație cu A% redus și Orig.% ridicat (sau, în depresie simultană uneori A% ridicat dar și Orig.% crescut) se găsesc frecvent la persoanele care joacă un rol in viața publică, la politicieni, înalți funcționari, jurnaliști, militanți pentru drepturile femeilor, persoane care luptă pentru unitate, etc. Acești oameni, pentru a ajunge în asemenea poziții și a le putea păstra, trebuie

1 HANS ZULLIGER, Der Zulliger-Tafeln-Test, 2. Aufl., Berna, 1962, p.70.

să posede pe lângă o serie întreagă de idei proprii și harul de a înțelege și aprecia interesele și pozițiile „omului comun". Acest har, de a te putea identifica și cu „poporul" în ciuda universului propriu al gândurilor, constituie însuși „talentul politic". Valori medii ridicate, la număr de răspunsuri în general obișnuit, au fost găsite la oameni de afaceri, funcționari, profesori și politicieni, după cum ne împărtășește Guilford[1], la o proba de asociere de cuvinte.

7. Răspunsurile originale sunt o adevărată mină de aur pentru cel care interpretează. Până acum nu s-au tratat răspunsurile complexe. Dar doar simpla împărțire a Orig. în diferitele moduri de percepere ne oferă diferite indicii. Orig.+ ca G abstracți se întâlnesc la teoreticieni și oamenii de știință creativi, Orig.+ ca G constructivi la talentul matematic, tehnic și artistic (ingineri, arhitecți), Orig.+ ca D la persoanele practice și inventive, Orig.+ ca Dd la persoanele care muncesc cu detalii și au incidențe originale. Dacă Dim sunt simultan Orig.+, este vorba despre indivizi care fie în relațiile cu oamenii, în critică sau în polemici (la tipurile de rezonanță intimă extravertită) fie în autocritică (la trăiri introvertite) își pot permite să fie originali (ZULLIGER, Bero-Buch, p.75 și 108/109).

Raspunsuri originale G bune sunt în general relativ rare. Vom aminti in cele ce urmează câteva exemple[2]. Planșa I (poziția c): „zaharniță din argint vechi", planșa II (poziția c): „un horn din țiglă secționat, din care ies fum și foc", planșa IV: „pianist", panșa V: „măgar în fața unui căruț încărcat cu fructe tropicale, văzut din spate", planșa V (poziția c): „fată cu colac de salvare înotând în mare cu valuri", (abordare laterală= brațe și picioare, denivelarea la marginea superioară a aripii = sâni), sau: „doi drăcușori adormiți într-un hamac", planșa VI: „rândunică care părăsește o băltoacă în care a făcut și baie și lasă o dâră în urma sa", planșa VII (poziția c) „scaun rococo cu mânere bombate" sau: „griful unui contrabas", planșa VIII: „balcon de teatru cu tavan de pavilion și stegulețe cu reclame atârnând lateral", planșa IX (poziția c): „o matroană pompoasă pășește în haine de sărbătoare în sala balului" (în original: citat din poetul suedez Gustav Fröding; „Fru Uggla seglar in"), planșa X: „vârfuri de turnuri luminate cu foc bengalez în sărbători (roșu și gri) și de jur împrejur rachetele artificiilor care explodează". – Asemenea răspunsuri vădesc mereu o înzestrare teoretică sau artistică excepțională, fără însă a putea defini doar din ele cum anume persoana în cauză și-a valorificat talentul. Aceste exemple aparțineau unei studente la psihologie, care s-a dezvoltat de atunci foarte bine și se realizează în mod competent; fiicei foarte talentate a unui sculptor foarte renumit, care singură nu reușește însă, să-și dezvolte talentul; fiicei deosebit de înzestrate, dar antisociale și idealiste a unui ministru; unui muzician; unui profesor universitar interesat de artă și unui funcționar al Poliției în poziție subordonată, care se trage dintr-o familie talentată artistic, dar care a ajuns un visător cu ochii deschiși din cauza unei inhibări depresive de productivitate.

Desigur, direcția interesului persoanelor poate fi descifrată și din *conținutul* răspunsurilor originale. *Dispersia* conținuturilor merge mână în mână cu varietatea intereselor. Multe

1 J. P. GUILFORD, Persönlichkeit, Weinheim, 1965, p.380.

2 Exemplul de la planșa IV provine de la RONALD KUHN, Über Maskendeutungen im Rorschach'schen Versuch, Basel, 1944, p.117, toate celelalte exemple din materialul propriu.

obiecte originale indică futilitate, iar un Orig.% mare (indiferent dacă originalele sunt obiecte sau altceva) indică antisocialitate.

8. Și în cazul K-urilor avem aceleași două grupe ca la A%, numai de această dată invers: K –uri *puține* se găsesc la pacienții *practic-realiști*, cu inteligență reproductivă, în timp ce *artiștii și teoreticienii creativi*, *spiritele productive,* dau K-uri multe.

Bineînțeles nu este indiferent cu ce tip de rezonanță intimă sunt socializate K-urile mai multe sau mai puține. Așa de exemplu K-urile multe ale celor puternic introvertiți indică o productivitate lăuntrică, care nu răzbate în toate situațiile, care rămâne social sterilă, în timp ce K-urile persoanelor ambiegale sau chiar extravertite pot fi convertite în activitățile sociale.

În final K primesc un caracter diferit, în funcție de sindromul per ansamblu în care ele apar. K-urile teoreticienilor și oamenilor de știință sunt exponente ai bogăției ideilor lor și ale productivității lor științifice, K-urile tehnicienilor sunt un eflux al bogăției inventivității lor, iar K-urile artiștilor sunt dovada legitimității lor artistice. Cu cât mai multe K-uri are un artist, cu atât mai puțin se va lăsa influențat de diferite mișcări moderne sau curente, cu atât mai înclinat va fi să meargă pe drumul său propriu și să își facă propria „școală".

Poate ar trebui să mai menționăm aici ceva depre oamenii care nu posedă nici un K, fie aceasta ca urmare a unei deteriorări organice sau din orice alt motiv (depresii, inhibări nevrotice de productivitate etc.). Aceștia sunt cel mai bine caracterizați după cum a făcut Piotorovski: „Oamenii fără K sunt dependenți intelectual de alții și abilitatea lor de a aprecia valori culturale și umane este foarte limitată. Motivația lor este dată de simpla satisfacere a nevoilor primare de hrană, adăpost și securitate."[1]

1 Zygmunt A. Piotorovski, Perceptanalysis, New York, 1957, p.146.

Capitolul 9
Afectivitatea

I. Felurile afectivității

1. Culorile. Afectivitatea se evaluează în primă instanță după răspunsurile cromatice. După cum am văzut deja, FC reprezintă afectivitatea adaptabilă. În timp ce celelate două categorii, CF și C pur (numite ades pe scurt „valoarea cromatică labilă“) reprezintă afectivitatea egocentrică.

a) FC sunt expresii ale sentimentelor care presupun o legătură cu obiectele, după cum o numește Rorschach, reprezentantele *capacității de raportare afectivă*, ale deschiderii pozitive, prietenoase, care formează principiul de bază al contactului sentimental (senzorial). FC sunt astfel „ambasadori“ ai unei afectivități care nu numai că se adaptează, răspunde lumei exterioare, ca orice afectivitate, ci *ia chiar lumea exterioară în considerare*[1]. Această performanță de adaptare este parțial rezultatul unei legări de obiect a energiilor libidinale, și parțial rezultatul unui control rațional. Așa ajung FC la dubla valoare simptomatică (adaptare și control rațional) amintită mai devreme (în cap.4).

Dacă se mai încearcă un control rațional (ca urmare a legăturii obiectale de succes), fără însă a se manifesta eficient (din cauza unei inteligențe lacunare sau inhibate), atunci avem FC –. Rorschach folosește (p. 33) comparația: persoanele labile afectiv ne dăruiesc ce le place lor, iar cele adaptabile afectiv ne dăruiesc ce ne place *nouă*. Am putea continua această comparație și spune: o fată înzestrată modest intelectual ar putea să îi ofere logodnicului ei un papion de o culoare care îi place ei, dar nu pentru că îi place ei, ci pentru că gândește că dacă îi place ei, atunci trebuie să îi placă și logodnicului ei. Ea nu știe că gusturile lor diferă și nu a vrut să îl întrebe, pentru a-i face o surpriză. Ea este adaptată afectiv, dorește să îi dăruiscă ceva ce să îi facă plăcere logodnicului ei, doar că nu știe cum se procedează. Acesta ar fi cazul pentru FC –.

Ca urmare a caracterului legat obiectal, apare o a treia valoare a simptomelor FC (prin indentificarea inclusă aici): acestea înseamnă capacitate de empatie. Oricum, predominanța FC asupra celorlalte două categorii de culori (tip sinistrocolor, culoare în stânga) aparține unei capacități de empatie notabile; pe lângă aceasta trebuie însă să fie prezente și K-uri, iar o altă condiție este ca tipurile de rezonanță intimă ale empaticului și ale obiectului cu care vrea să empatizeze să nu fie fundamental diferite. Pe lângă FC, și F(C)-urile (sensu Binder) precum și impresiile sunt semne ale capacității de empatie.

Nu este indiferent la *care culori* apar FC. Se poate aștepta o mai mare cooperare afectivă, o mai mare deschidere de la persoanele care interpretează culorile „calde“ (roșu,

---

1 FC sunt experimentate ca majoritatea CF drept culori de suprafață, deci caracteristici ale *lucrurilor*. Doar că la CF controlul rațional este prea redus, aspirația afectivă este mai puternică. Ambele categorii sunt *îndreptate* spre obiecte, dar numai la FC adaptarea la obiect *reușește*.

oranj sau galben) drept culori FC, decât de la cei retrași, ușor rezervați, care țin la formele cultivate și la spațiul personal și interpretează preferențial culorile „reci“: gri, albastru și verde.

b) *CF* reprezintă o afectivitate care încă își dorește și caută adaptarea, dar care nu *reușește* să o realizeze efectiv. Aceasta este *afectivitatea labilă*, care este supusă unor oscilații continue, fără măsură și implicare profunde în situații, ratând scopul și reacționează azi așa, mâine altfel. Acest *capriciozitate* și *neliniște pulsională* vine (după cum am amintit în cap.4) din aceea că energiile afective, care se exteriorizează prin aceste răspunsuri, se află „în căutarea stimulului“ (BRUN), adică este vorba despre o afectivitate care fie *încă nu are* un obiect (căutare primară a stimulului), fie și-a pierdut *din nou* obiectul (căutare secundară a stimulului).

Nu este de neglijat faptul că acest tip de afectivitate este mereu în căutarea unui obiect. Această căutare perpetuă nu provoacă numai neliniște și labilitate, dar îl fac pe cel care se află în căutare mai ușor apți să fie influențați afectiv de către alții, adică îi face receptivi la sugestie. De aceea CF sunt simultan un bun indicator al *sugestibilității*. Binecunoscuta sugestibilitate a istericilor se bazează printre altele și pe aceea că ei nu pot stabili o relație stabilă cu obiectul. Cu cât mai dificilă devine posibilitatea unei legături afective autentice cu obiectul, cu atât mai puternică este disponibilitatea legăturii cu substitute de tot felul și a influențelor sugestive.

Sugestibilitatea poate fi diferențiată în funcție de penetranță[1], intensitate și sens. Sugestibilitatea penetrantă, adică cea a indivizilor care sunt ușor sugestionabili, are mulți CF, cea slabă puțini; cea intensivă, adică greu accesibilă, dar durabilă, are pe lângă CF și multe K-uri, una extensivă, adică ușor accesibilă, dar nedurabilă, are 0 sau doar puține K pe lângă CF. Sugestibilitatea pozitiva are CF fără Dim, cea negativă este cu atât mai mare, cu cât numărul de Dim se apropie de cel al CF sau chiar îl depășește.

c) C-urile pure sunt expresia afectivității impulsive, care este *scopul în sine al descărcării afective* și care nuse mai străduiește să se adapteze la ambient odată legătura afectivă făcută. Aceste persoane au nevoie numai să își „procure aer“.

Impulsivitatea poate apărea în două forme: cu 0, sau puține K-uri cu descărcări frecvente, aproape neîntrerupte, dar slabe, care pot fi comparate cu zgomotele unei mitraliere, și cei cu mulțe K-uri cu descărcări rare, dar puternice și explozive, de tipul exploziei unei bombe. Persoanele cu mai multe C pure și multe K-uri sunt din acest motiv periculoși latent, ei „înmagazinează“ energie explozivă, și atunci când eventual dispar alte inhibiții, energia afectivă acumulată poate să se descarce brusc și neașteptat. Pericolul este cu atât mai mare cu cât pe lângă C și K se găsesc și Dim (și anume la tipurile de rezonanță intimă extratensivă).

d) Ordinea internă a valorilor cromatice una față alta, deci ceea ce *K. W. Bash* numește *tip cromatic*, ne oferă o perspectivă a structurii afectivității însăși, deci ceea ce "zace“ afectiv în oameni, în contrast cu expresia afectelor. Aceasta este important mai ales în cazurile în

1 Am folosit termenul de penetranță pentru usurința inducției suggestive, intrucât traducerea termenului original (Stärke=putere) ar fi putut creea confuzie cu intensitatea (n.t.)

care expresia afectivă este inhibată nevrotic și pacientul trebuie să fie supus unui tratament psihoterapeutic. Se poate ști astfel la ce ne putem aștepta în cursul tratamentului, atunci când fațada este abandonată. Structura afectivă nu este ceva definitiv, și se poate schimba oricum sub influența tratamentului (ca și a vieții).

Dacă FC predomină față de (CF + C), deci la tipul *cromatic sinistrocolor,* afectivitatea în sine este *stabilizată* și *echilibrată*. La *tipul cromatic mediu*, unde FC-urile sunt în minoritate, CF sunt reprezentate mai puternic și apar probabil și C pure, avem de-a face cu o afectivitate vioaie, dar încă predominant adaptată, sensibile la atașament, la o deplasare spre dreapta, avem de-a face cu o afectivitate labilă, iritabil-sensibilă, insuficient adaptată, iar în cazul *tipului cromatic dextrocolor,* afectivitatea labil-impulsivă, care nu mai este adaptată.

Este de luat în considerare că o deplasare redusă către dreapta a tipului cromatic, deci o manifestare mai puternică a CF fața de FC este considerată încă drept „normală" la persoanele de sex feminin[1].

e) distribuția răspunsurilor cromatice: nu este întâmplător unde anume în protocol apar răspunsurile cromatice. Două extreme ne interesează aici, pentru care Piotorovski[2] formulează o regulă excelentă: persoanele care dau răspunsuri cromatice abia spre sfârșitul testului, trebuie să se familiarizez cu străinii sau cu cunoștințele lor în situații noi, înainte de a intra în raporturi afective cu ei. Dacă răspunsurile cromatice apar în planșele II și III, dar lipsesc apoi la ultimele planșe, atunci este vorba de persoane care rareori pot sa stabilească un raport afectiv rapid, și care nu au o stabilitate a sentimentelor. Își pierd repede interesul afectiv pentru cunoscuți. – Interpretarea tuturor variantelor rămase de distribuție a culorilor rezultă din felul și conținutul interpretărilor culorilor, din distribuția șocului și alte considerații similare.

f) PIOTOROVSKI mai diferențiază la răspunsurile cromatice, sentimente pozitive și negative (dragoste și ură) după conținut, astfel dacă ele exprimă preponderent ceva ce are legătură cu dezvoltarea, sănătatea și pofta de viață, sau ceva care eprimă degradare, boală sau dificultățile/limitările vieții[3].

2. Suplimentele interpretărilor cromatice sunt interpretările umbririlor/ nuanțărilor, adevăratele F(C)-uri (după Binder). (Interpretările clarobscur sunt ale inhibițiilor.)

Dacă interpretările de umbrire/nuanțare (și de cele mai multe ori și FClob și eventual ClobF) apar fără răspunsuri cromatice, acestea sunt un semn al contactului cu substitute, adică persoana respectivă încearcă să își înlocuiască lipsa de adaptare nemijlocită printr-o adaptare intelectual-distantă, prevăzător-retrasă, mijlocită.

Este cu totul altceva când F(C)+ se găsesc lângă FC+ autentice. Acesta este un semn al unei empatii deosebit de bune, care dispune de nuanțe mai fine. F(C)+ sunt, ca să spunem așa, frișca de pe tortul FC+, și asemenea indivizi pot fi descriși ca „sensibilii rafinați". Dacă F(C)+ depășesc numărul redus de FC+, afectivitatea se apropie de sensibilitatea de mimoză

1 HANS ZULLIGER, Der Zulliger-Tafeln-Test, 2.Aufl., 1962, p.42 și 43 vgl. Rorschach, P.32.
2 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.319.
3 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Mutual Dependency of Theory and Technique in Projective Personality Tests, în: Rorschachiana IX, Berna, Stuttgart, Viena, 1970, p.27.

(la impresii simultane suprapuse, eventual hipersensibilitate). Desigur și aici trebuie luat în considerare tipul de rezonanță intimă. La tipul de rezonanță intimă introversiv sensibilitatea va fi mai pronunțată.

Un sens total diferit îl au F(C)+ atunci când apar lângă CF și C, dar fără FC. Chiar Rorschach, care nu a mai apucat să facă deosebiri în domeniu între raspunsurile clarobscure, de umbrire/nuanțare si alb-negre, presupunea în asemenea cazuri „o luptă conștientă împotriva propriilor afecte", deci o apariție a unei sciziuni. Dacă considerăm interpretările de nuanțe în sine și privim alături de răspunsurile cromatice impulsive și labile, dar fără FC-uri, de aici rezultă sensibilitatea schizoidă tipică, care se ascunde de cele mai multe ori în spatele fațadei lipsite de contact afectiv din interiorul schizoidului. (mai îndeaproape în cap.12 la Schizoidie

II. Stabilizarea afectivității

Totalitatea factorilor afectivi descriși până aici, afectivitatea interioară, se poate modifica numai printr-o serie de alți factori ai testului, adică pot fi stabilizați mai mult sau mai puțin în exprimarea lor spre exterior. Rezultatul este atunci manifestarea afectivă a persoanei respective în totalitatea ei. Această stabilizare în afară poate se poate realiza în două moduri, prin (în)frânare (psihologică) sau prin mecanisme de inhibiție (patologice).

1. Înfrânarea afectivității este stăpânirea ei normală. În limbaj uzual (și în manuale) această formă a stabilizării afectelor este numită inhibare (în acest caz este vorba de inhibiții normale). Și psihanaliza înțelege prin inhibiție numai limitarea funcțiilor în sine, care nu trebuie să fie întotdeauna un simptom patologic. Vrem să subliniem tocmai această plurisemantică a termenului „inhibiție" care inițial însemna doar abstinența neutră a unei forțe dinamice, dar care în ultima vreme a cauzat destul de multe confuzii în discuțiile publice, anume în problemele pedagogice și de igienă mentală, de aceea preferăm să utilizăm în loc de „inhibiția" normală expresia „(în)frânare".

Înfrânarea afectivității este vizibilă la Rorschach la trei factori, la K, la F+ și la G+. Dacă apar multe răspunsuri cromatice, dar numai puține K, un F+% nu chiar satisfăcător (poate între 60-70%) și G-uri parțial rele, atunci trebuie să clasificăm înfrânarea ca insuficientă. Imediat ce pentru răspunsurile cromatice este disponibilă „acoperire totală" în K-uri (deci la un tip de rezonanță intimă cel puțin ambiegală sau chiar introversivă) vom accepta înfrânarea ca adecvată la un F+% relativ bun, fără a lua în considerare numărul de G-uri (care în asemenea cazuri sunt predominant G+).

Efectul de frână al K-urilor vis-à-vis de răspunsurile cromatice depinde de efectul advers al travaliului intrapsihic relativ la tendința extraversivă de exprimare a afectelor. "Rezonatorul", intens introvertit nu se repede, ci viața lui afectivă intră mult mai în profunzime și expresia afectelor nu este anihilată prin aceasta, ci „tonifiată", adică expusă într-o formă mult mai stăpânită.

F+% și G+ sunt factori de frânare datorită raportului lor cu inteligența, în care G+

reprezintă perspectiva de ansamblu asupra unei sitații în întregul ei (după cum este măsurată cu testul Porteus). Ca factori ai voinței (ambiția și nivelul de aspirație), G+ sunt, după cum remarca Piotorovski[1], mai degrabă o unitate de măsură pentru nevoia de autocontrol: ambiția trebuie să fie prevăzătoare, atunci când nu vrea să-și piardă șansele.

Stabilizarea tonifiantă a factorilor de frânare e valabilă doar pentru expresia afectelor. Ce se află în spate, rămâne neatins de stabilizare. Rorschach însuși spune (p.33) că K-ul tonifiază afectivitatea persoanei „dacă aceasta este normală, nevrotică sau psihotică". Cu alte cuvinte, afectivitatea labilă rămâne labilă, cea impulsivă rămâne impulsivă, chiar atunci când este camuflată din afară de factorii de frânare interiorizare (K), înțelegere (F+%) și perspectivă asupra situației (G+).

2. Inhibiția afectivității este în sine o manifestare patologică. Dacă înfrânarea unei afectivități probabil nevrotic-labilă este o socializare normală și o umanizare a demonilor interiori, care civilizează oamenii, făcându-i „manierați", la fel și inhibiția este esențialmente un mecanism de diminuare a fricii. KAREN HORNEY o definește astfel: „o inhibiție constă în incapacitatea de a face anumite lucruri, de a gândi sau de a simți, iar funcția ei este aceea de a evita frica ce s-ar produce dacă persoana ar încerca să facă acele lucruri, să simtă sau să gândească"[2]. Inhibiția se manifestă esențial în trei factori diferiți, care sunt foarte deosebiți între ei: prin răspunsurile clarobscur(Clob), prin Dim și prin fenomenele de șoc.

Interpretările clarobscur acționează ca un atenuator aupra expresiei afectelor (ZULLIGER, Bero-Test, p.181, 186). Sunt, după cum a remarcat Guirdham[3], mai mult expresia unei frici nevrotice decât a unei depresii psihotice. Iar frica este o inhibare foarte eficientă a exteriorizărilor exuberante de afecte (despre simptomele fricii în plus în cap.11, B). Dacă pe lângă mai multe semnificări de clarobscur se întâlnesc și FC, avem de-a face mai puțin cu o adaptare afectivă decât cu o „implorare a dragostei", „o tendință oral-sadică de a adera la partener"[4].

Mai greu de înțeles este efectul inhibitor al Dim-urilor. Știm deja că Dim-urile sunt împreună cu răspunsurile cromatice o expresie a sfidării nevrotice, a opoziției deschise către exterior. Și totuși Dim-urile sunt și un oponent al răspunsurilor cromatice. Aceasta e valabil, nu doar, după cum am văzut, privitor la sugestibilitate (prin CF), ci și pentru toate răspunsurile cromatice. Raspunsurile cromatice sunt o expresie a afectelor libidinale, capătul unei aspirații „spre lume", chiar și acolo unde această aspirație nu reușește să stabilească o adaptare și o legătură față de obiect. Față de aceștia, Dim reprezintă „spiritul care neagă constant", principiul negativ de deteriorare, agresivitatea. Ambele forțe, pulsiunile libidinale și cele agresive, se îndreaptă către exterior, dar opusul lor oglindește lupta între dragoste și ură, „lupta giganților", „doica" noastră, după cum se exprimă Freud, care încearcă să ne împace cu un „cântec de leagăn din cer"[5]. Dim-ul nu atenuează deci în nici un caz explozia

1 ZTGMUNT A. PIOTROVSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.397.
2 KAREN HORNEY, The Neurotic Personality of Our Time, p.37 a publicației suedeze.
3 Arthur Guirdham, The diagnosis of depression by the Rorschach-test. The British journal of medical psychology, Bd.16, 1937, p.143.
4 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-Test, Bern, 1962, p.73.
5 SIGMUND FREUD, DasUnbehagen in der Kultur, Viena, 1930, p.98.

afectelor, ci o colorează și o amestecă cu agresivitate, inhibă pozitivul, capătul ce servește construcției sociale a afectivității libidinale și o îndreaptă înspre agresivitate sadică, nihilism, negativism și neacceptare a lumii exterioare, nu sub forma unei retrageri în sine (ca la K), ci sub forma unei lupte. Acolo unde se întâlnesc CF și C, fără Dim, ceea ce este destul de rar, aceștia sunt, după Rorschach, expresia unei oportuniste apatii („laissez faire" al sinelui) față de lume, față de propriile afecte și incidențe, cu alte cuvinte, o capriciozitate neînfrânată[1]. Dacă apar și Dim, acestea iau afectelor persoanelor caracterul molatic, pasive, amorfe și le dau o anumită rigoare, dar postura negativă a stării de luptă. Tramer spune: „agresivitatea de ex. înalță rigoarea, timiditatea o diminuează"[2]. Dim-urile sunt deci *factorul opus al instabilității,* prin cresterea, întărirea sfidării și inhibarea, dar nu a expresiie afectelor în sine, ci o *inhibare a proppriei apărări față de impresiile exterioare*. Prognoza stărilor patologice cu multe valori cromatice labile și multe Dim-uri este mereu mai favorabilă decăt apatia, incontinența, deoarece Dim-urile vădesc o forță vitală care, prin canalizare corectă spre agresiune pozitivă (socializare a agresiunii), poate aduce multe foloase.

Cu totul altfel funcționează șocurile cromaticeși la negru/obscur. Șocul cromatic este inhibiția nevrotică a afectelor ca urmare a *refulării*. Afectele fie nu mai sunt conștientizate sau devin (la șoc cromatic și CF) oscilații *ambivalente* între dragoste și refuz. Șocul cromaticepoate deci fie să reprime afectele, fie (vezi cap. următor) să le amalgameze într-un fel de *iubire-ură*. În ultimul caz, șocul are un fect similar cu cel al Dim, în combinație cu care apare adesea. Și aici inhibiția este sesizabilă prin timpul de reacție prelungit și F+% mare, cu Dim și ClobF[3], la un tip de rezonanță intimă extraversiv.

Șocul la negru/obscur are un efect similar interpretărilor de Clob. Și acesta este un simptom al anxietății și acționează atenuând expresia afectelor.

La sfârșit trebuie să mai amintim că o inhibiție nevrotică se poate manifesta și printr-o reprimare deplină sau parțială a tendințelor spre K sau C. Reprimarea K-urilor sau C-urilor sau reducere de K sau C se recunoaște prin faptul că la o anume predispoziție spre interpretare kinestezică, K-ul nu apare în anumite locuri (vezi mai inainte „choc kinestesique"), sau prin faptul că răspunsurile cromatice sunt zgârcite, sau aproape lipsă (de ex. refuzul la planșele color) fără ca semnele unei depresii să fie vizibile. Reducerea de K este expresia unei 'blindări' nevrotice, a unei tensionări și înțepeniri musculare prin protecție anxioasă, iar reducerea C-urilor este expresia unei represiuni afective deosebit de intense. Ambele mecanisme nu sunt neobișnuite în cazul nevrozelor compulsive și mai ales al caracterelor aride compulsive.

III. Protocoale fără răspunsuri cromatice

Acestea nu sunt însă fără alte semne de inhibiție nevrotică. Lipsa culorilor poate avea

1 După o confesiune a lui ERNST SCHNEIDER în Ztschr. F. Neur., Bd.159, 1937, p.7.
2 M. TRAMER, Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, 2.Aufl., Basel, 1945, p.252.
3 ARTHUR GUIRDHAM, On the Value of the Rorschach-Test. The Journal of Mental Science, Bd.81, 1935, p.856/857.

diferite rațiuni:

1. poate exista o pustiire sau o obstrucție psihotică a afectelor, o tocire schizofrenă în care afectele nu mai există. Atunci starea pacientului se apropie de o vegetare propriu-zisă.

2. poate fi vorba despre plictiseala cretinilor torpizi, a căror viață afectivă poate fi simultan la fel de fadă și superficială ca și intelectul lor. (Există însă și opusul, oligofrenii irascibili și labili emoțional.)

3. de departe în cele mai multe cazuri, lipsa totală a răspunsurilor cromatice este semnul unei inhibări a afectivității și anume fie:

a) o inhibiție depresivă în cazul semnelor simultane de depresie, sau

b) o inhibiție nevrotică. O specie a acestora sunt nevrozele de caracter amintite mai devreme, cu tip de rezonznță intimă coartativ sau total coartat.

IV. Contactul social

Este normal să vorbim despre contactul social în capitolul despre afectivitate. Căci capacitatea de a stabili contacte a unei persoane este în primul rând o funcție a afectivității sale și este influențată numai în mică măsură de alți factori. Așa-numita „inteligență socială“ a lui Thorndike este de fapt numai parțial un tip prorpiu-zis de inteligență, în mare parte este de fapt rezultatul unei anumite posturi afective, susținută prin factori intelectuali precum simțul realității și contactul intelectual.

Șase factori denotă contactul social: Ban și Ban%, FC, D, H și Hd, tipul de rezonanță intimă și tipul răspunsurilor K.

1. Ban și Ban% sunt indicatorii *adaptării intelectuale.* Aceasta poate fi urmărită la *toate* tipurile, după cum frumos a arătat Beck[1]. La spiritele elevate, ele sunt măsura raporturilor intelectuale cu lumea, la debilii mentali al sociabilității, în depresie al gravității depresiei (invers proporțional), în manie al egocentricității judecății intelectuale (invers proporțional), la schizofrenie al cuprinderii raportului intelectual cu mediul, la nevroze al gravității bolii (invers proporțional) iar la copiii dificili al capacității de-a fi îndrumat.

2. FC sunt cunoscuți ca exponenții contactului afectiv.

3. D aparțin contactului social (întrucât acesta presupune o anumită limită minimă a perspectivei asupra realității) ca reprezentanți ai simțului realității. Activiștii sociali, care sunt în război cu realitatea, vor folosi mai puțin D-uri.

4. Răspunusurile H și Hd indică gradul de legătură cu mediul uman. Acolo unde lipsesc, fie este contactul uman tulburat nevrotic (ca la copiii care la testul cu imaginea lumii al lui MARGARET LOWENFELD lasă omuleții de jucărie din cutia cu jucării neatinși), fie sugerează narcisism. Mulți H și Hd sunt, la tipul sinistrocolor, un semn al simpatiei umane (empatiei) și al capacității de identificare; prin predominanța CF pe lângă aceștia,

1 SAMUEL J. BECK, Introduction to the Rorschach Method; a manual of personality study, apud. R. HERTZ, The „Popular“ Response factor in the Rorschach Scoring. The Journal of Psychology, Bd.6, 1938, p.27/28.

sugerează și o puternică legătură (conștientă sau nu) cu mama (ZULLIGER, Z Test, p.66 și 179). Dacă un H% (H+Hd) este însoțit de un număr crescut de Dim, respectivul se simte dezamăgit de semenii săi. La femei, aceasta este legată de o negare a rolului de femeie, de o fixație asupra bisexualității infantile[1].

După KANDINSKY, un H% redus corelează cu un tip de rezonanță intimă extratensiv, unul mediu cu unul ambiegal, unul înalt cu unul introtensiv și un H% foarte înalt cu un tip de rezonanță intimă coartat. Din perspectiva lui, H% denotă interesul pentru anumiți oameni, cei spirituali-sufletiști(Geistig –Seelische). Un H% hiper-crescut înseamnă „sentimente de vinovăție și lipsă de libertate spirituală"[2].

Reducerea de H și Hd merge mână în mână (vezi p.132 și 143) cu *devitalizările* (deanimări sensu FRENCH), care, după Loosli-Usteri, sunt corelate regulat cu anxietatea de contact[3].

5. Și tipul de rezonanță intimă joacă un rol în contact, astfel extratensivii au în general un contact mai bun decât introversivii, dacă afectivitatea lor nu este prea labilă.

6. Distribuția de K –uri între kinesteziile de extensie și cele de flexie este ultimul, dar nu cel mai neinteresant factor al contactului. Potrivit valorii lor generale de simptome „îndreptate către lume", chinesteziile de extensie sunt un factor pozitiv de contact, în timp ce kinesteziile de flexie, din cauza tendinței lor de a se depărta de lume sunt categorisite drept negative. – Din cauza acestei legături a lor cu contactul, kinesteziile de extensie și de flexie au o însemnătate ca prognostic pentru așteptările unei psihoterapii: kinesteziile de extensie sunt favorabile, cele de flexie nefavorabile pentru șansele unui tratament psihoterapeutic (Rorschach, p.118).

Negativul acestui întreg sindrom al contactului ar fi autismul schizofrenilor, despre care vom discuta mai pe îndelete în capitolul 14 la schizofrenie.

Aici ar mai fi de amintit o combinație relativ rară a factorilor testului, asupra căreia Beck[4] atrage atenția: un număr relativ mare de răspunsuri la planșele policrome, VIII-X dar cu puține răspunsuri cromatice. Aici, după Beck, este vorba despre persoane cu contact afectiv *latent*, cu rezerve afective de contact, care (de ex. depresia psihogenă sau anxioasă) permit o prognoză favorabilă pentru o eventuală psihoterapie.

1 HANS ZULLIGER, Praxis mit einer kleinen Testbatterie, Praxis der Kinderpsychologie, Bd.7, 1958, p.275.

2 DAVID KANDINSKY, Rorschach – Amerika und Europa; eine kritische Betrachtung, în: VIe Congres International du Rorschach et des Metodes Projectives, Comptes Rendus, Vol.3, Paris, 1968, p.246.

3 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Manuel practique du Test de Rorschach, Paris, 1958, p.94; ediția germană, p.80.

4 SAMUEL J. BECK, Rorschach's Test. III., Advances in Interpretation,New York, 1952, p.46.

Capitolul 10
Tipurile de constituție şi corelatele lor psihice în testul Rorschach

I. Tipul picnic-sinton şi cel schizoafin

De timpuriu specialiștii au observat că tipurile kretschmeriene de constitutii se diferențiază, ca și în alte experimente psihologice și în testul Rorschach, în mod caracteristic. În 1924 Emil Munz[1] a corelat rezultatele testului Rorschach direct cu constituția fizică a pacienților sănătoși (picnicii de o parte, leptosomii și atleticii ca tipuri schizoafine pe de altă parte). El a observat că: picnicii dau mai multe răspunsuri cromatice și înclină de aceea mai mult către un tip de rezonanță intimă extratensivă, schizoafinii dau mai multe K-uri și de aceea au deseori un tip de experiență introversiv. Și în conținut au apărut diferențe: în timp ce interpretările picnicilor se aflau deseori în relație cu interesele prezente, hobby-urile, experiențele fericite, dorințe manifestate ale pacientului sau cu faptul de a fi, sau de a deveni mamă, în cazul schizoafinilor aceste corelații erau mult mai rare. Picnicii interpretau mai degrabă obiecte calde, largi, făcute din lână, ceea ce nu se prea întâmplă în cazul schizoafinilor. Picnicii semnificau mai frecvent obiecte și peisaje decât schizoafinii, iar interpetările sexuale apăreau *numai* la picnici (la pacienții schizofreni apar, în contrast cu schizoafinii sănătoși, după cum vom vedea). Picnicii manifestă o tendință de unificare și completare scenică, iar schizoafinii abia dacă pot enumera elemente izolate. Travaliul de interpretare cu nuanță dispozițională bună și toleran'a binevoitoare a picnicilor se află în opoziție cu indiferența afectivă și uneori refuzul experimentului la schizoafini.

Willi Enke[2] a confirmat ulterior paralelismul clar dintre picnici și extratensivi și preponderența introversivilor la toți ne-picnicii (leptosomii, atleticii și formele lor mixte, precum și displasticii). Dacă comparăm cifrele de la MUNZ și ENKE doar pentru cazurile sănătoase (ENKE a analizat și bolnavi) rezultă în urma eliminării intelectualilor, avem 62,5%, respectiv 74,2% extraversivi la picnici și 26,1%, respectiv 21,6% la cei care nu sunt picnici, și 52,2%, respectiv 52,1% introversivi la cei care nu sunt picnici și 15,0%, respectiv 6,5% la picnici. Incluzând intelectualii, raportul este încă asemănător, și chiar atunci când s-au calculat procentele cu tot cu pacienții lui ENKE, diferența a fost nesemnificativă. Ambiegalii însumau la MUNZ 22,5% din picnici și 21,7% din schizoafini, în timp ce cifrele corespunzătoare la ENKE (sănătoși și bolnavi) reprezentau 21% și 26,2%. Atleticii, corespunzător tipului lor de rezonanță intimă, ocupă o poziție medie între picnici și leptosomi, ceea ce nu este de mirare, întrucât s-a demonstrat că atleticii se află mult mai aproape de ixotimi decât schizotimi.

1 EMIL MUNZ, Die Reaktion des Piknikers im Rorschach'schen psychodiagnostischen Versuch. Zeitschr. f. d. ges. Neur. Und Psychiatrie, Bd.91, 1924, p.26-92.

2 WILLI ENKE, Die Konstitutionstypen im Rorschach'schen Experiment, Zeitschr. f. d. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 108, 1927, p.645-574.

Într-o lucrare mai târzie a lui Levy și Beck[1], aceștia au descoperit un raport între tendința *maniacală* și extraversiune și între tendința *depresivă* și introversiune. Această aparentă contradicție trebuie clarificată, căci constituția sintonă nu se poate baza pe același tip de genă ca psihoza maniaco-depresivă, iar dacă manifestarea tipurilor sinton-picnice și schizoid-leptozome este cam de același ordin, frecvența genei schizofrene la populația medie este de aprox. 20 ori mai mare decât gena psihozelor maniaco-depresive[2].

II. Tipurile atletic şi ixotim

1. Kretschmer: a treia grupă principală în sistemul său de tipuri de constituții sunt atleticii, cu temeparmentul lor vâscos. În studiul lor, „Personalitatea atleticilor"[3], Kretschmer și ENKE descriu mișcările atleticilor ca lente, gândite și măsurate, mersul lor drept larg, vorbirea lor ca măsurată, seacă și simplă. Atleticii preferă munca ce necesită forță, mai degrabă cu brațele decât cu degetele, aptitudinea lor de motricitate fină este redusă. În testul Rorschach atleticii dau predominant răspunsuri K, mulți sunt coartați, numărul răspunsurilor originale este redus, A% este mare, verbalizarea laconică, în stil telegrafic. Este remarcabilă tenacitatea mare a atenției atleticilor și înclinația lor către perseverații. Modul de gândire este analitic, liniștit și solid, adesea arid. De aici, puterea lor de muncă mare cu înclinație către temeinicie și pedanterie.

Afectiv sunt stabili, uneori torpizi. Vremelnicia, fluctuația, le este străină, sunt prieteni fideli și soți buni. Temperamentul lor vâscos variază de la natura flegmatic-indolentă până la cea liniștit-energică. Apare și în următoarele variante: bonomie jovială (la impactul cicloid), tonus moros-paranoid (la impactul schizoid), plictiseală flegmatică (la cei slab dotați) și soliditate critică (la inteligenți). Cei vâscoși au o înclinație primară spre reacții explozive, a căror frecvență și intensitate este condiționată social. Kretschmer identifică această explozivitate ca opusul vâscozității, dar precizează că la persoanele sănătoase este vizibilă numai în anumite situații și într-un anumit grad.

Este remarcabil că vâscozitatea temperamentului iese la iveală și fiziologic în anumite experimente farmaco-dinamice (HERTZ, după KRETSCHMER, Körperbau, p.210/211).

În ce măsură tipurile speciale epileptoide se configurează din aceeași radicali biologici ca și temperamentele vâscoase, Kretschmer lasă problema deschisă (Psihologie medicală, p.164). În orice caz, Mauz[4] a descoperit printre 21 psihopați epileptoizi cu iritabilitate

---

1 D LEVY și J. BECK, The Rorschach Test in manic-depressive psychosis. American Journal of Orthopsychiatry, Bd.4, 1934, p.31-42, aici apud. MART FORD, The Application of the Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, 1946, p.11.

2 ERIK STRÖMGREN, Episodische Psykoser, Copenhaga, 1940, p.62/63.

3 KRETSCHMER și ENKE, Die Persönlichkeit der Athletiker, Leipzig, 1936, aici redat după ERNST KRETSCHMER, Körperbau und Charakter, Berlin, 1944, p.207-215. În continuare vezi și ERNST KRETSCHMER, Medizinische Psychologie, Leipzig, 1939, p.156-158.

4 MAUZ, Zur Frage der epilleptischen Charakters, 49. Jahresversammlung der süddeutschen Psychiater, 1926. – STAUDER (a. a. O., p.144-146) a descoperit printre epilepticii cu modificări grave de identitate prdominant atletici, în schimb printre epilepticii fără prea multe simptome (doar crize motorii mari) doar rareori atletici.

explozivă predominant atletici,și dimpotrivă, între 81 epileptici genuini, predominant displastici. Aceștia erau mai puțin explozivi, de aceea „neliberi, reci, străini, impersonali, închiși, neautonomi, neelastici, pedanți, complecși, greoi“ și vădeau o nuanță hipersocială.

Temperamentele atletice nu au în nici un caz o plasare distinctă în sfera eredității epileptiforme, ci, după viziunea lui Kretschmer, au o aripă epileptică și una schizoidă (Körperbau und Charakter, p.215).

2. STRÖMGREN: pentru cercetările Rorschach este preferabil să nu procedăm precum KRETSCHMER și ENKE dinspre constituția corporală spre caracter, ci pornind nemijlocit de la caracter. Pentru a găsi sindromul Rorschach al celui de al treilea tip psihic de constituție am considerat mai adecvat scopului să corelăm observațiile noastre cu o tipologie care se bazează direct pe observații psihologice. Acesta este *psyche-ul ixotim* al psihiatrului danez Erik Strömgren[1].

a) *Tipul ixotim* este deci *o tipologie caracterială*, este tipul epileptiform, așa cum poate apărea la normali. In grade mai pronunțat, cu o tendință patologică sunt definiți *ixoizii*, iar când această deviație de la normal este determinată lezional, sunt desemnați ca *ixofreni.* STRÖMGREN nu a preluat termenul „epithym“, termen introdus de HOFFMAN în analogie cu terminologia lui KRETSCHMER, pentru a evita confuzii ulterioare, întrucât această expresie a fost introdusă, în 1928, în manualul lui BUMKE, de către BRAUN și folosită pentru a caracteriza anumiți pacienți cu nevroză “scopotică” (Zweckneurose). Expresiile „ixotim“ și „ixotimie“ au fost preluate de la cuvântul grecesc (ixódēs), care înseamnă „tare, cleios, ca vâscul“.

Trăsătura principală a caracterului ixotim este aderența sa intelectuală și afectivă. Strömgren îi citează cuvântul lui Bleuler: schizoidul se rupe /de realitate, de concret/ prea mult, sintonul se rupe cât trebuie, epilepticul se rupe prea puțin. În timp ce persoanele sintone sunt lejere și elastice, schizoizii aspri și fragili, iar epilepticii tari și vâscoși. Ixotimii sunt rezistenți, stabili, cu forță de muncă, dar dificultăți în a se comuta. Pot apărea toate nivelele de înzestrare. Aceștia sunt periodic legați[2], acționează în mod îngust, pedant și deseori egocentric. Provizoriu pot apărea modificări reactive de dispoziție, care durează

---

1 ERIK STRÖMGREN, Om den ixothyme Psyke, Hospitaldiende, 1936, p.637-648. Am atras atenția aici că tipul de caracter descris aici ca „ixotim“ se întâlnește sub diferite denumiri în literatură. FRANZISKA MINKOWSKA a vorbit la început (1920) despre „epileptoidie“, dar a înlocuit această expresie în 1927, stimulată de EDOUARD PICHON, cu „Glischroidie“. Mai târziu KTRETSCHMER a descris același tip ca temperament vâscos. Și STRÖMGREN, care se bazează pe lucrările d-nei MINKOWSKA, a introdus denumirea „ixotimie“. Cele trei expresii provin din aderența caracterului ca trăsătură principală. Înrudite, dar nu identice sunt noțiunile de constituție iktaffină (MAUZ) și pulsiunea ereditară paroxismală (SZONDI), ambele pornind de la tendința către atacuri. Dacă aici am preferat expresia ixotimie, care azi s-a înrădăcinat în toată Scandinavia, pentru că această denumire este independentă de toate ipotezele, care fie au prea în prim-plan înrudirea disputată cu epilepsia (precum epileptiodia și glischroidia), fie pun mereu în relație tipul cu constituția atletică (precum vâscozitatea, la KRETSCHMER). Între timp s-a făcut public faptul că psihicul ixotim are o afinitate numai pentru epilepsia nocturnă și cea de lob temporal (atacurile psihomotorice), dar nu pentru epilepsia de veghe, sau pentru picnolepsie (absențele epileptice la copii) (vezi și cap. 14, C).

2 Expresia „legătură“ vine de la HANS DELBRÜCK, care voia să denumească înstrăinarea epileptoidă de lume, decelerarea ritmului de gândire și aderența la temă. (HANS DELLBRÜCK, Über die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie, Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd.,1926, p.555-572.)

semnificativ de mult și care se pot descărca uneori în *explozii* bruște. – Este evidentă blajinitatea, blândețea lor și dispoziția lor spre a sări in ajutor, trăsături care, împreună cu conștiinciozitatea lor, cu simțul datoriei, ar fi descrise de MAUZ și KRETSCHMER ca „*sindrom hipersocial*". Ei sunt conformiști, oameni de familie, oameni cu tabieturi, ceea ce poate să ajungă până la ariditate și plafonarea în viața de familie. Exactitatea lor pedantă și simțul ordinii duc deseori la sentimente de culpabilitatefață de unele fapte, dezvoltând prin hipersocialitate o anumită formă de *spirit al dreptății*. Deseori explodează atunci când cuiva din mediul lui i se face o nedreptate. Imaginea este completată de „o înclinație aproape obligatorie către *hipocondrie*" și o relativă *intoleranță la alcool* (pericolul exploziei).

(În diagnosticul diferențial, și pentru experții Rorschach, sunt importante următoarele: există trei forme de pedanterie: 1. cea activă a nevroticilor compulsivi sau a caracterelor compulsive, care funcționează ca un ritual ca un mecanism *magic constituie* o anumită defensă; 2. cea „pasivă", pedanteria din obicei a astenicilor (a subvalizilor), care se desfășoară instinctiv pentru *conservarea energiei*; 3. pedanteria persoanelor ixotime apare ca dragoste nemijlocită de detalii și plăcerea repetiției (iterației). Cele trei forme pot fi deci desemnate ca pedanterie magică, pedanterie din conservarea energiei sau din obișnuință și pedanterie iterativă. Care dintre cele trei forme este prezentă, cel mai ușor se determină clinic, atunci când cel în cauză este împiedicat să-și îndeplinească activitățile pedante; la nevroticii compulsivi apare anxietatea, sau cel puțin o depresie, cei psihastenici devin împrăștiați, confuzi și iritați, dar își dezvoltă cât mai curând o nouă obișnuință, atunci când aceasta le pare adecvată, iar cei ixotimi întrerup destul de ușor activitatea pedantă, fac cu drag ceea ce li se cere, pentru a continua, mai târziu, de unde au rămas.)

După viziunea lui Strömgren, ixotimii și ixoizii reprezintă cam 5-10% din populația obișnuită[1].

b) Sindromul Rorschach al ixotimilor. Cum se comportă ixotimii la testul Rorschach? Numărul de răspunsuri este de cele mai multe ori peste medie. Atunci când iau prima oară avânt, fac în continuare din conștiinciozitate și obișnuință. De remarcat că timpul de reacție este deseori scurt. Cei mai mulți ixotimi inteligenți muncesc temeinic, dar expeditiv. Această trăsătură poate servi în caz de dubiu ca diagnostic diferențial față de un epileptic autentic, care are un timp de reacție prelungit. (Alte elemente de diagnostic diferențial sunt lipsa confabulațiilor și Orig. –, dar un F+% preponderent mare al ixotimilor, acolo unde sporirea răspunsurilor anatomie nu scade F+%, ca în exemplul nostru.) Deseori se întâlnește un Anat.% semnificativ crescut (hipocondrie!). Simptomul esențial pare să fie în cele mai multe (nu toate!) cazuri *perseverația părților (sau detaliilor) percepute*. O parte din detaliile interpretate pot fi semnificate de două – sau de trei – ori, uneori cu rotirea sistematică a planșei. Pe lângă această formă a perseverației se întâlnește în mod uzual și *perseverația autentică*, mai ales la tipul '*ruminativ*' și, în cazuri relativ rare, și fixație asupra unei teme, ca la epilepsie.

Accentuarea simetriei ar fi următorul simptom. Zulliger privea "căutarea simetriei și stabilității" drept „un echivalent al impulsivității temute" (Bero-Test, p.71). Probabil că

1 ERIK STRÖMGREN, Episodische Psykoser, Copenhaga, 1940, p.61.

accentuarea simetriei în cazul ixotimilor este o reacție la tendința lor către explozivitate, după cum Szondi înțelege hipersocialitatea epilepticilor drept o reacție la tendința lor de violență (Teoria lui Cain și Abel)[1]. La ixotimi, accentuarea simetriei apare de cele mai multe ori în *forma repetării stereotipe*, uneori corelată cu pedanteria formulării („deci iar avem în primul rând simetrie" etc.). Uneori se descoperă o legătură specifică a prezervării părților percepute cu simetria în cuvintele: „și la fel de cealaltă parte". Unii ixotimi clamează apariția unor părți nesimterice („reclamarea lipsei de simetrie", Zulliger).

DG și DdD se întâlnesc adeseori, și în unele cazuri se întâlnesc alb și negru ca valori cromatice („vulpe albastra" la planșa VI și alte asemenea.). K-uri secundare sunt foarte rare, dar apar din când în când (deși nu la fel de des ca la epilepsie). Acceași este valabilă și în cazul K - . Uneori am întâlnit și denumiri de culoare și relatări la propria persoană la ixotimi, denumire de culoare, evidentă ca expresie a pedanteriei aride și a relatării la propria persoană ca urmare a tendinței de a corectitudine/dreptate și a orizontului uneori îngust. *Critica obiectului* este la aceste persoane exacte, bineînțeles ceva obișnuit, la fel ca întreaga *pedanterie de formulare*. Uneori apare o inhibiție de instalare, corespunzătoare dificilei comutabilități a acestor oameni. Valorizări se întâlnesc din când în când (atașamentul față de către moralizare).

Valorile cromatice se comportă diferit. La cei ne-traumatici se întâlnesc mulți FC ca semne ale adezivității afective, iar uneori, chiar simultan, semne evidente ale unei nevroze. În mod similar, SALAS a observat la epileptici că FC nu lipsesc aproape niciodată, și el chiar pune în legătură această tendință cu vâscozitatea epileptică[2]. Constituția ixotimă poate domina atât de puternic, încât și manifestările fiziologice acompaniatoare (reacția capilară) a fenomenelor de șoc sunt acoperite total, deși șocul însuși este încă clar vizibil în test. Însă nu doar curba temperaturii pielii, ci și reacția la adrenalină indică o hipersensibilitate evidentă, după cum am putut observa într-un experiment întreprins împreună cu STEEN WARTHOE. Această particularitate a constituției ixotimilor face posibilă indentificarea lor în fapt cu personalitatea vâscoasă a lui KRETSCHMER, la care, după cum am spus mai devreme, HERTZ a remarcat aceeași „lentoare a fluenței" farmacodinamice a reacțiilor.

O labilitatea mai mare a afectelor cu CF-uri și C-uri se găsește numai la o minoritate, și anume la cei unde există suspiciunea unei etiologii lezionale (ixofrenie). Și Stauder[3] afirmă : „sindromul exploziv nu ține de schimbările de fire tipice ale epilepticului", ci are un fundament organic.

A% este în general normal și nu oferă specificități în cadrul sindromului Rorschach ixotim. Deși în unele cazuri un A% ridicat poate indica o „aderență la temă". (În opoziție cu A% redus la epileptici.) Atunci când nu există alte simptome de depresie și inteligența este normală, această condiționare va fi luată în considerare. Un indiciu pozitiv al aceste aderențe

1 L. SZONDI, Schicksalsanalyse, Basel, 1948, p.280.

2 J. SALAS, El psicodiagnostico de Rorschach, Editiones Morata, Madrid, 1944, aici citat după: DELAY, PISCHOT, LEMPERIERE și PERSE, Le Test de Rorschach et la Personalite epileptique, Paris, 1955, p.63. SALOMON vorbește aici despre „nevoia copilărească de agățare" (Ich-Diagnostik, p.42), ceea ce este corect, dacă ne gândim la tendința generală de întârziere a dezvoltării, care există la ixoizi.

3 KARL HEINZ STAUDER, Konstitution und Wesensänderungen der Epileptiker, Leipzig, 1938, p.181.

la tema „animal“ este *aglutinarea de Ad* observată ocazional, care nu apare în cazurile cu A% normal crescut.

Diagnosticul ixotimiei și ixoizilor poate fi deseori completată și consolidată cu ajutorul unei anamneze a ocupațiilor familiei în modul lui Szondi. Foarte des se întâlnesc multe meserii în relație cu focul, cu mișcarea sau meserii sociale (preot, profesor, nursă, medic) în asemenea familii.

Nu rareori se întâlnesc semne ale unei schizoidii paranoide combinată cu ixotimie evidentă, despre care STEFAN BENEDEK observă că există o atracție deosebită a celor două pulsiuni cercetate, care din această cauză sunt identificate amestecat în aceeași familie[1].

Bineînțeles că acest sindrom, ca toate sindroamele Rorschach în cazuri izolate, este incomplet. *Forma* sindromului se poate *schimba* chiar, la același individ, ca de ex. în paradigma noastră (exemplul nr.8), în care o repetiție stereotipă a accentuării simetriei cu o stereotipie anatomică la primul test, și o stereotipie anatomică cu perseverare, dar fără accentuarea simetriei, la al doilea test (8 ani mai târziu).

Din păcate nu avem de la acest pacient EEG (electroencefalogramă). Din când în când se întâmpla ca EEG unui ixotim sănătos să anomalii față de normal. Aceasta cuprinde espisoade cu frecvență α redusă, chiar dacă nu ca în epilepsie2. Aceasta nu poate în nici un caz să ne mire, dacă ne gândim că disritmia cerebrală, după cum au determinat deja LENNOX, GIBBS&GIBBS ȘI LOEWENBACH, este o manifestare ereditară, care se întâlnește și la rudele ne-epileptice ale epilepticilor[3].

1 L. SZONDI, Schicksalsanalyse, p.320.

2 TORSTEN S : SON FREY, Elecrtoencephalogarphic study of neuropsychiatric disorders, Stockholm, 1946, p.141-143, și: Über psychische Insuffizienzzustände und Elektroencefalogramm. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für Neurologie, Bd.183, 1949, p.69.

3 FRITZ BUCHTHAL și EDMUND KAISER, Electroencephalografiens Anvendelse i Klinikken med Beskrivelse af an ny Elektroencephalograf. Bibliotek for Laeger, 1943, p.156.

Capitolul 11
Nevrozele

A. Scurtă privire asupra principalelor categorii de nevroze

Acest capitol necesită o scurtă precizare, aceea că nu aparține – strict vorbind – scopului unui manual de psihodiagnostic Rorschach. Aici este vorba doar despre cum se pot recunoaște diferite caractere și stări psihopatologice, în timp ce teoria caracterelor, psihopatologia și psihiatria e prezentată doar în ansamblu. În această tratare a nevrozelor, sunt de luat în considerare anumite contexte speciale.

Pentru înțelegerea a ceea ce urmează sunt necesare anumite cunoștințe nu numai aproximative, ci clare și precise despre teoria psihanalitică a nevrozelor. Căci în opoziție cu Klopfer[1], noi nu credem că un test Rorschach fără cunoștințe psihanalitice poate fi interpretat epuizând toate semnificațiile. Trăsături nevrotice se găsesc și în așa-numitele teste „normale“, iar esența și structura unei nevroze sunt greu de înțeles fără cunoștințe psihanalitice.

Conștientizarea aceasta nu ar fi încă un motiv suficient de a prezenta aici teoria nevrozelor. Pentru alte capitole ale acestei cărți sunt prezentate doar psihopatologia generală și psihologia clinică, fără nimic altceva. Din alte considerente m-am decis să fac o excepție pentru nevroze (ca de altfel, din alte motive, și pentru psihozele psihogene). Datele și teoriile moderne ale nevrozelor nu sunt suficient cuprinse în izvoare accesibile și sunt parțial dispersate prin materiale din reviste, iar această împrăștiere a materialelor face dificil studiului acestor materiale cu semnificații practice. Oricum, există niște prezentări recapitulative la dispoziție. Amintim aici numai excelenta lucrare a lui RUDOLF BRUN „Allgemeine Neurosenlehre“(Teoria generală a nevrozelor -Benno Schwabe, Basel, 2 Aufl. 1948), din care au fost reproduse prin bunăvoința autorului tabelele ce urmează (despre destinele pulsionale, anxietate, simptomatologia și structura nevrozelor și despre nevroze de caracter). În același sens se amintim și mai vechea carte a lui HERMAN NUNBERG („Allgemeine Neurosenlehre, Huber, Bern, 1932).

Celor care studiază metoda Rorschach le lipsește mai ales o perspectivă de ansamblu schematică, în stil telegrafic, a numeroaselor *noțiuni, categorii și principii de categorisire* ale teoriei nevrozelor, o descriere concisă a scheletului acestei științe ramificate, care să-i dirijeze, pas cu pas, prelucrarea datelor experiențelor lor. Această teorie în miniatură a nevrozelor, pe care încercăm să o redăm în cele ce urmează, nu poate fi pentru începători un substitut al studiului introductiv în psihologia abisală (Tiefenpsychologie), ci doar să îi incite la descoperirea acestui domeniu. Cititorilor avansați ar trebui însa să le servească drept un soi de *repertoar,* în care ne vom limita doar la ceea ce este util în mod direct diagnosticului Rorschach. Pentru detalii trebuie apelat la literatura de specialitate, mai presus de toate la studiul operei lui SIGMUND FREUD.

---

1 KLOPFER-KELLEY, The Rorschach Technique, p.6.

I. Generalități

Întrebarea privind ceea ce e o nevroză se confundă în parte cu problema dificilă a delimitării între „sănătos“ și „bolnav“. În funcție de utilizarea criteriilor antropologice, patologice, igienice, stilistice sau sociale, se va ajunge la rezultate total diferite. Această dificultate nu este un aspect specific al medicinei sau al teoriei nevrozei, căci în toate științele există probleme (ca adevărul, știința, sufletul, omul sau animalul, dreptatea, statul, economia, etc.) fundamentale asupra cărora există cele mai multe dispute. Pe scurt:

„Nevrozele sunt tulburări primare, funcționale ale vieții instinctuale, afective și ale pulsiunilor“, așa sună definiția lui RUDOLF BRUN (a. a. O., p.7 și 13). Nu se precizează prin ea dacă acestea nu afectează și intelectul. Datorită numeroaselor interdependențe dintre intelect și afectivitate, aceasta se petrece în mare măsură, așa cum am văzut deja.

FRANZ ALEXANDER definește nevroza ca o tulburare a funcției eului (Ichfunktion), care devine vizibilă la pacienți printr-o „inabilitate de a găsi gratificație armonioasa pentru nevoile specifice ale personalității sale într-o situație dată“[1].

Tuturor nevrozelor le sunt comune (după KAREN HORNEY): 1. O anumită lipsă de plasticitate față de diferitele situații din mediu; nevroticul reacționează stereotip ca și animalul cu instinctul său. 2. Există o fisură între aptitudine și performanță[2].

Punctul central în nevroză este anxietatea. Anxietatea și apărarea prin anxietate se găsesc la toate nevrozele. Și cei sănătoși au anxietate. Dar anxietatea nevrotică o întrece cantitativ și calitativ pe cea comună tuturor indivizilor din sfera lor culturală, iar nevroticul suferă mai mult decât individul obișnuit, uneori chiar fără să o știe[3].

În teoria nevrozei se pot diferenția o perspectivă *cauzală* și una *finală*. Cea cauzală caută *rațiunile, motivațiile*, iar cea finală – *scopurile* în viață. Psihanaliza lui FREUD este mai degrabă cauzală, iar psihologia individuală a lui ADLER este mai degrabă finalistă. Deși viziunea finalistă se întâlnește și în psihanaliză, de ex. în teoria beneficiului bolii..

În ansamblu se poate spune: nevrozele sunt *infantilisme*. Diagnosticul clinic de „psihoinfantilism“ desemnează întotdeauna ceva nediferențiat, superficial. În domeniul clinic nu este întotdeauna posibil să se pătrundă mai adânc în structura cazurilor particulare. Nevroza este astfel o tulburare a dezvoltării psihice, sufletești. Anumite aspecte ale vieții sufletești rămân la același nivel (*fixație*) ca în copilărie, sau, ca urmare a unor conflicte și dificultăți externe involuează la același nivel din copilărie (*regresie*). Fiecare regresie la un anumit punct al dezvoltării presupune fie o fixație dispozițională fie una dobândită în copilăria timpurie față de aceste puncte.

Nevroza ca tulburare a dezvoltării presupune și altceva. Omul se dezvoltă, după cum arată FREUD, de la *principiul plăcerii* spre *principiul realității*. Copilul mic nu cunoaște decât satisfacerea nemijlocită a plăcerii fără amânare, el nu poate aștepta și nu acceptă compromisuri. Aici este vorba, după cum indică WILHELM WUNDT, de „legea-totul-sau-

1 FRANZ ALEXANDER, What is neurosis? Digest of neurology and psychiatry, 1948, vol.16, p.225-233.

2 KAREN HORNEY, The neurotic personality of our time, aici redat din publicația suedeză, p.16/17.

3 KAREN HORNEY, a. a. O., p.19.

nimic", care este validă în teoria fiziologică a pulsiunilor. Prima dată în cursul dezvoltării, copilul învață prin educație să se adapteze circumstanțelor reale ale acestei lumi, să amâne o plăcere, să renunțe cu totul la ea, sau să se mulțumească cu o plăcere parțială sau un substitut. Atunci ajunge el în poziția principiului realității, și în aceasta constă adaptarea lui. Tulburarea nevrotică de dezvoltare este deci parțial o lipsă de adaptare (un „maladjustment" – o inadaptare). Atunci când MAURICE LEVINE (în cartea sa „Psihoterapia în practica medicală") spune despre psihopați, că pentru ei totul este ca o acțiune pe termen scurt, o satisfacere nemijlocită a pulsiunilor și asta înseamnă că psihopatiile se deosebesc greu, în structura lor intimă de nevroze. (Vom reveni la această întrebare când vom discuta despre psihopatii.)

Dar nu numai fața de psihopați, ci și față de oamenii „normali" nevroticii sunt greu de deosebit. Nu există „om normal" decât în mințile anumitor filozofi. Îi recomandăm expres cititorului să mai ia o dată la mână demonstrațiile corespunzătoare ale lui Rorschach din „Psihodiagnostic"-ul său (p.36).

II. Formele nevrozelor

Se pot deosebi *nevroze actuale* și *psihonevroze* (sau *nevroze de transfer*). Nevrozele actuale sunt „hormopatii funcțional-organice (toxice)"[1], adică tulburări directe în zona centrilor vegetativi ai creierului. Ele apar sub presiunea unui pericol originar, iar anxietatea lor este condiționată biologic. Psihonevrozele (sau nevrozele de conversie) sunt „tulburări afective primare pe fondul unui conflict inconștient al pulsiunilor"[2]. Anxietatea lor este condiționată psihologic, iar reacția – de un pericol condiționat sau derivat. În nevrozele actuale intră neurastenia (BEARD), nevrozele anxioase (FREUD) și stările ipohondriace (după concepția lui FEDERN și depersonalizarea). De *psihonevroze* țin *isteria, fobia* (isteria anxioasă[3]) și *nevrozele compulsive*. Fiecare nevroză actuală poate deveni cronică și are atunci tendința de a se dezvolta într-o anumită psihonevroză (și uneori psihoză), precum neurastenia într-o isterie de conversie, nevroza anxioasă într-o fobie sau o compulsie și ipohondria într-o psihoză schizofrenă[4].

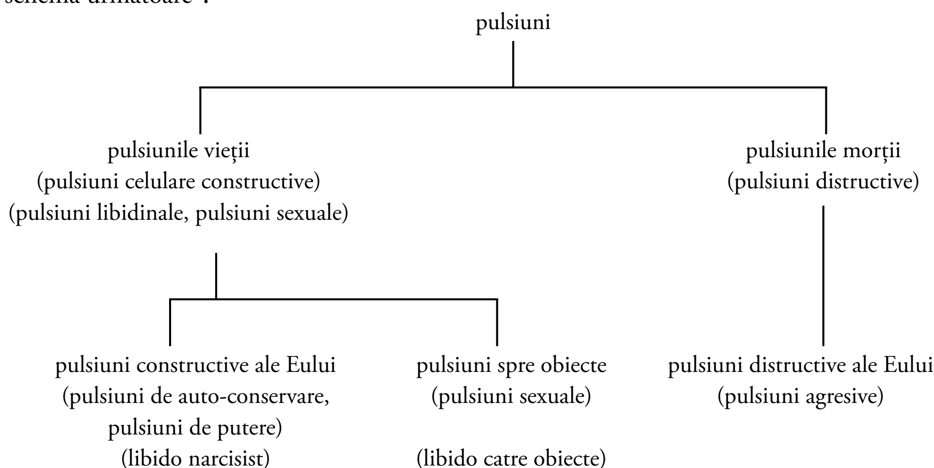
III. Pulsiunile

Instinctul și pulsiunile sunt noțiuni învecinate. BRUN înțelege prin instincte „complexe integrale mnemonice – ereditare", care se află latent înăuntrul fiecărei ființe vii și care exercită o auto-orientare spre un scop (finală). Pulsiunile,pe de altă parte, sunt însăși excitațiile

1 RUDOLF BRUN, a. a. O., p.19.
2 RUDOLF BRUN, a. a. O., p.17.
3 OTTO FENICHEL utilizează (în „Psychoanalytic Theory of Neurosis", p.210) noțiunea de fobie în sensul propriu, și anume doar atunci când isteria fricii s-a dezvoltat din aceea că pacientul încearcă să evite situația care îi provoacă anxietate. Noi utilizăm aici termenul (ca și R. BRUN) ca sinonim cu isteria fricii la FREUD.
4 HERMANN NUNBERG, Allgemeine Neurosenlehre, Hans Huber, Berna, 1932, p.171.

ereditar-menzice dizolvate în relația lor actuală cu lumea[1]. (FREUD definește în „Dincolo de principiului plăcerii" o pulsiune ca pe „un impuls organic interior, trăit, de restabilire a unei stări anterioare, la care acea ființă, trebuie să se supună, sub influența forțelor externe perturbatoare, un fel de elasticitatea organică sau dacă vreți, exteriorizarea inerției în viața organică".) BRUN deosebește instinctele de *autoconservare* de cele de *conservare a speciei*. De instinctele de autoconservare țin instinctele de *dezvoltare* și metamorfoză, de *hrănire*, de *apărare* și *protecție*, iar celor de conservare a speciei – cele *sexuale,* cele de *extindere a speciei* (roiala albinelor, migrația păsărilor), cele *parentale* și cele *sociale.*

Teoria psihanalitică a pulsiunilor, care stă la baza teoriei nevrozelor s-a schimbat în numeroase rânduri. FREUD utilizează aici conștient noțiunea de „libido" și prin aceasta înțelege energia pulsiunilor sexuale în aspectul cantitativ. Ea poate fi îndreptată în exterior (obiect libido) sau spre propriului eu (libido narcisic). Mai târziu Freud a pus în opoziție pulsiunile vieții (pulsiunile libidinale) pulsiunilor morții, iar către sfârșitul dezvoltării teoriei cristalizată încă în timpul vieții lui FREUD, starea lucrurilor putea fi redată aproximativ în schema următoare[2]:



Asimetria acestei scheme este doar aparentă. Probabil că și pulsiunile agresive pot fi diferențiate mai departe. Relațiile sunt greu de redat schematic din cauza legăturilor ciudate ale pulsiunilor agresive.

1 RUDOLF BRUN, a. a. O., p.186. Despre noțiunile „mneme" și „ekphorie" vezi RICHARD SEMON, „Die Mneme", 1908, și „Die menmischen Empfindungen", 1909.

2 Prima dată publicată în lucrarea autorului „Strafe als Triebbefriedigung", Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, V.1931,

IV. Libido şi agresivitate

În toate aceste cazuri, această mai veche teorie dualistă a pulsiunilor a lui FREUD este un câştig psihologic. Dacă cineva vrea să atribuie agresivitatea unei pulsiuni a morții, sau nu, în sensul lui FREUD, aceasta nu afectează scopul nostru. Practic, în biologie și psihologie trebuie să considerăm agresivitatea ca fiind îndreptată spre orice și categoric ea nu este întotdeauna negativă. În regnul animal, ca și în cazul oamenilor, cele două principii, cel al „luptei pentru subzistență" (DARWIN) și cel al „ajutorului reciproc" (Krapotkin) există în paralel, și într-adevăr, în cazul omului, acestea par să fie îmbinate într-un mod deosebit. FREUD vorbește despre o contopire, amalgamare a libidoului cu agresivitatea. Libidoul Eului (pulsiunile de auto-conservare) este în mod normal o componentă agresivă implicată în „lupta pentru subzistență", iar libido-ul față de obiecte în mod simetric pentru „cucerirea", "înrobirea" obiectului dorit și pentru lupta cu rivalii. Și sociologii au ajuns la aceste perspective, astfel încât Adolf Grabowsky vorbește despre pulsiunea agresivă, „care este înrădăcinată odată în oameni ca indivizi precum și în constructele sociale și care nu poate fi întotdeauna diferențiată de pornirea de auto-conservare"[1].

Aceste componente sunt agresiunile social *pozitive*, dar ele pot fi preschimbate în agresivitate *negativă* prin mecanismele de frustrare-agresivitate[2] prin negarea componentelor libidinale ale pulsiunilor. Și atunci când însăși agresivitatea este inhibată, se poate ajunge la acele colosale blocaje de agresivitate ce pot deveni foarte periculoase pentru sănătatea mentală (în cazul introiecției) și viața în comunitate (prin descărcări bruște). Această concepție, că există două tipuri de agresivitate, unul negativ și altul pozitiv, s-a impus astăzi în rândul psihanaliștilor, mai întâi (după HAROLD LINCKE) la B. Lantos[3]. Studiul agresiunii este o zonă relativ nouă a teoriei nevrozelor, care este la fel de importantă atât pentru igiena mentală cât și pentru psihologia socială. Ea a îmbogățit domeniul caracterologiei și al cercetării Rorschach în mod extraordinar.

Agresivitatea și libidoul sunt probabil la început încă amalgamate în totalitate, dar se diferențiază una de alta în a doua jumătate a primului an de viață[4].

Agresivitatea negativă se manifestă caracterial, în funcție de locul fixației sale în dezvoltare fie ca sadism oral (mușcături, vorbe, etc.), ca sadism anal (bătaie, strângere, călcare) sau ca sadism falic (înțepături, găuri). La aceasta ajungem în următorul punct al compendiului nostru.

---

1 ADOLF GRABOWSKY, Die Politik. Ihre Elemente und ihre Probleme. Pan-Vergal, Zürich, 1948, p.55.

2 JOHN DOLLARD et all., Frustration and Agression, The Institute of Human Relations, Yale University Press, New Haven, 1945.

3 HAROLD LINCKEM, Agression und Selbsterhaltung, în MITSCHERLICH, "Bis hierher und nicht weiter. Ist die menschliche Agression unbefriedbar ?", München, 1969, p.40. Se poate, considera, după MITSCHERLICH, agresiune pozitivă „activitate", iar cea negativă – „agresiune stricto sensu".

4 RENE A. SPITZ, Vom Säugling zum Kleinkind, Stuttgart, 1967, p.179.

V. Stadii şi nivele ale dezvoltării libidoului

Noutatea fundamentală în concepția libidoului a lui FREUD era plasticitatea și maleabilitatea lui. El recunoştea clar că energia pulsiunii sexuale nu apare prima dată în pubertate ca să spunem așa din neant ci, ca toate celelalte fenomene biologice, suferă o evoluție. Dacă vrem să punem în evidență această evoluție, trebuie să renunțăm să presupunem putem distinge la libido (ca la orice pulsiune) diferite criterii, ca sursa sa, scopul său, obiectul și intensitatea sa, impulsul. Când îmi este foame, sursa acestei pulsiuni este stomacul meu gol și impulsul nervos aferent și terminațiile nervoase proprioceptive localizate în stomac. Scopul foamei este mâncatul, satisfacerea pulsiunii, caz în care impulsul s-ar diminua. Intensitatea acestui impuls poate fi măsurată prin rezistențele care sunt învinse de satisfacerea acestei pulsiuni. Obiectul, în final, sunt felurile de mâncare, a căror alegere este subordonată în totalitate legalităților logice și psihologice, a căror legătură cu foamea este doar de natură vagă. Atunci când îmi este foarte foame îmi este indiferent dacă mi se dă să mănânc pâine neagră sau albă. Obiectul este, după cum spune FREUD, doar „lipit" de pulsiune.

În dezvoltarea libidoului impulsul are doar o semnificație subordonată. Intensitatea sa se schimbă în funcție de gradul de mulțumire deci este supusă permanent fluctuațiilor. Toate celelalte trăsături ale libidoului se schimbă în cursul evoluției, deci sursa, scopul și obiectele. – Libidoul poate fi excitat de cele mai diferite surse. Numim toate aceste locuri din interiorul sistemului ectodermic (piele, organe de simț, sistem nervos central) *zone erogene*. Zona care are prioritate înaintea tuturor celorlalte este numită *zonă primară*. Zona primară este în același timp sursa libidoului. În interiorul sistemului ectodermic în cursul dezvoltării ontogenetice are loc o translație a zonelor primare, care poate fi înțeleasă și clarificată din filogeneză. După această schimbare a *surselor* s-a dat numele *stadiilor de dezvoltare ale libidoului*. Sursa se schimbă de la gură (stadiul *oral*) la anus (stadiul *anal*) apoi la organele genitale (stadiul genital), deci din partea superioară la cea inferioară a tubului digestiv și în final la țesuturile și mucoasele organelor genitale, care au fost ereditar legate de tubul digestiv. (Această diferențiere istoric-evolutivă este observabilă chiar în ontogeneză. La embrionul feminin se dezvoltă încetul cu incetul un pliu cu substanță între organele genitale externe și anus, perineul, care desparte cloaca primară în vagin și rect. Și la fetusul masculin cloaca este separată, în diferitele nivele ale dezvoltării, prin constituirea perineului în orificiul rectului și tractul urogenital.) Stadiul genital evoluează în două etape: mai întâi (după un scurt interludiu, unde uretra este sursa libidinală, faza uretrală) apoi la ambele sexe partea masculină este „înzestrată" cu libido: la partea masculină glandul, iar la fete clitorisul. Apoi evoluția stagnează circa 7 ani (ceea ce W. FLEISS denumește *„stadiu de latență*"), și apoi la pubertate se inițiază cel de al doilea nivel al stadiului genital, la fete prin transferul excitației de la clitoris la vagin[1], ceea ce de cele mai multe ori ca urmare a tulburărilor de

1 Acest transfer este contestat de MASTERS & JOHNSON (Human sexual responses, Boston, 1966).

dezvoltare se întâmplă numai parțial. (Acesta este bineînțeles un proces foarte schematizat.)[1] – Fiecare din aceste stadii este deci, după cum se vede, cuplat cu o funcție corporală vitală, cel oral cu învățarea hrănirii, cel anal cu defecația, cel genital cu micțiunea.

Fiecare dintre aceste trei stadii se obișnuiește să fie împărțite de la Abraham[2] încoace în câte două nivele, și anume după schimbarea *scopului* libidoului. Sugarul vrea să *sugă* (primul stadiu oral). (Independența nevoii de a suge a fost demonstrată experimental de D. M. LEVY printr-o serie de cercetări experimentale.) Imediat ce îi apar primii dințișori, *mușcatul și devoratul* ia treptat locul suptului, ca scop (al doilea stadiu oral, numit și stadiu canibalic). Și la stadiul anal există două nivele. În prima jumătate se află în centru mai mult defecația în sine, „golirea/descărcarea". Mai târziu, după ce copilul a învățat să-și stăpânească mușchii sfincterului anal, găsește plăcere mai mare în a-și *reține* (retenție) excrementele. Simultan i se schimbă comportamentul față de lucrurile din lumea exterioară: acum el caută în mai mică măsură să distrugă obiecte cât să le stăpânească. (Stadiul anal este numită din cauza acestui comportament și Stadiul anal-sadic.) În stadiul genital cele două nivele se află la distanță foarte mare unul de altul. În primul stadiu genital (în jur de 5 ani) evoluția libidoului ajunge la un punct mort, și apoi după expirarea stadiului latent, la începutul pubertății, își reîncepe cursul. Modul de satisfacere al primului nivel, onania/masturbarea, sau, după cum prefer eu să spun, ipsația[3], este reluată imediat după începerea celui de al doilea stadiu, și depinde efectiv de factorii mediului social când acest scop al pulsiunii sexuale face loc țelului final, actul sexual.

Dezvoltarea pulsiunilor obiectale este ceva mai complicată, deoarece la început nu există vreun obiect separat de Eu la dispoziție. Este un motiv al presupoziției că nou-născutul mai întâi nu poate deosebi încă sânul mamei de propriul său corp. Sugarii foarte mici sunt deci autoerotici, Eul și lumea exterioară plutesc încă într-un întreg pentru ei. Mai întâi se construiește puțin câte puțin (probabil printr-un ocol, a persoanelor străine ca părți ale lumii exterioare) o imagine mai clară despre Eu, dar tot la începutul acestei perioade (cam în al doilea an de viață) copilul este încă pornit spre narcisism, nu cunoaște decât dragostea de sine. Libidoul său oral utilizează însă lucruri exterioare ca obiecte fizice. Încetul cu încetul se construiește și o legătură sufletească fața de lumea exterioară: din libidoul inițial doar narcisist se desprinde o parte ca libido față de obiecte, care crește întruna, și anume în aceeași proporție în care legătura originară cu mama a fost abandonată[4], până ce, la adulți, libidoul narcisist și cel al obiectelor se află oarecum în echilibru. Deși la mari

1 BERTHA BORNSTEIN ("On latency", Psychoanalytic study of the child VI, 1951) diferențiază două perioade ale latenței, prima de la aprox. 5½ până la 8 ani, a doua de la 8 până la 10½. În prma fază, dezvolarea Supraeului este foarte rigidă, cu tensiuni interioare puternice și sentimente de vină și trecere rapidă de la supunere la rebeliune. În cea de a doua fază, aceste tensiuni se atenuează, Eul devine mai puternic, Supraeul se domolește, și apar formațiile reacționale și se stabilește caracterul.

2 KARL ABRAHAM, Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelische Störungen, Viena, 1924.

3 Expresia provine de la medicul polonez KURKIEWICZ din Cracovia și a fost mai târziu preluată de MAGNUS HIRSCHFELD și alți autori.

4 Vezi EDITH BUXBAUM, Transference and Group Formation in Children and Adolescents, în „The Psychoanalytic Study of the Child" I, London, 1945, p.355.

dezamăgiri, libidoul către obiecte poate fi oricând preschimbat înapoi în libido narcisist. (FREUD compară acest proces cu retragerea pseodopodelor la amoebă. Complementară este și comparația cu melcul care se retrage în cochilia sa.) Acest libido narcisist reinvestit este denumit narcisism *secundar*. El joacă un rol deosebit de important în nevroze.[1] Obiect - libidoul inițial, fraged prezintă încă semne vizibile ale originii sale din narcisism, și anume este un libido pasiv față de obiecte: copilul vrea să fie iubit. Obiectele acestei iubiri pasive, sufletești sunt, firește persoanele care îl îngrijesc, mai ales *părinții*. Pe măsură ce părinții devin doriți tot mai activ, libidoul față de obiecte se conturează într-o dragoste activă obiectală. În primul stadiu genital se împlinește primul pas al dizolvării acestor obiecte incestuoase. Scopul sexual este încă mulțumirea de sine, iar iubirea sufletească față de părinți indică numai aspirația către afecțiune, componentele psihice se diferențiază: vorbim aici de iubire activă fața de obiecte cu *excluziune genitală*. Această separare a libidoului în componentele sale senzuală și afectivă se păstrează și pe mare parte din perioada pubertății, până ce o contopire a acestor două tendințe în dragostea completă trupească și spirituală semn care constituie încheierea dezvoltării pubertății. În mod obișnuit, între timp iau locul părinților tot felul de obiecte temporare: profesori, superiori, actori, etc. Aceste figuri substitut a părinților sunt numite *imagini parentale*. In stadiul anal obiectele fizice care sunt privite de către copil cu afecte pozitive puternice sunt, propriile excremente; deoarece senzația de scârbă nu este nicidecum înnăscută. Și aici se observă legătura cu stadiul trecut narcisic oral. Propriile excremente sunt acum primul obiect din lumea exterioară, pe care le produce copilul singur. Sunt produse proprii și vor fi tratate ca atare de către copil, cu aceeași iubire și uimire: la fel cum își privește mama copilul, sau creatorul opera materială sau spirituală. La oamenii care încă au rămas fixați la acest stadiu, trec în locul excrementelor simbolul lor – banii. Ei au – în funcție de fixația pe prima sau a doua treaptă a stadiului – tendința fie de a-i pierde sau înstrăina (nu pot „ține“ bani) fie de a-i păstra și strânge (de cele mai multe ori și alte obiecte pe lângă bani).

Pe lângă această dezvoltare a pulsiunii către dragoste are loc și una corespunzătoare a pulsiunii către agresivitate. Aceasta este mai puțin cercetată, deoarece este mai greu accesibilă. Ea este vizibilă numai în diferitele forme de ambivalență, adică în opoziția simultană a scopurilor diferite ale pulsiunilor, de dragoste și de ură. În primul stadiu oral copilul este încă pre-ambivalent și nu există vreo legătură față de un obiect. Aceasta este, după Theodor Reik, care împarte dezvoltarea ambivalenței în patru nivele, perioada vieții cu pulsiuni nediferențiate[2]. Acesteia îi urmează (în cel de al doilea stadiu oral) stadiul coincidenței contrariilor pulsiunilor (îndrăgostire de sine – negare) și acesteia la rândul ei (în faza anală

1 OTTO FENICHEL (“The psychoanalytic theory of neurosis”, 1955, p.85) scrie: la narcisismul primar există o iubire de sine în locul unei iubiri față de obiecte; la narcisismul secundar există o nevoie de iubire de sine (respect față de sine) pe care iubirea față de obiect o estompează. – IGOR CARUSO a atras atenția că narcisismul primar al copiilor este îndreptat către lume, cel secundar pe de altă parte exprimă o respingere a lumii și conține un miez de progres, în încercarea de a atinge un vârf al dezvoltării. (Sitzungsberichte des Wiener Arbeitskreises für Tiefenpsychologie, 1959/60 p.34.)

2 THEODOR REIK, Der eigene und der fremde Gott. Internationale Psychoanalythischer Verlag, Viena, 1923, p.234, nota de subsol 2.

și la începutul celei genitale) o perioadă de coexistență a componentelor individuale ale pulsiunilor cu satisfacere deosebită (pierdere-păstrare, distrugere-colecționare). Chiar și în primul nivel al stadiului genital, dragostea și ura se află încă într-un complex oedipian complet una lângă alta în mod ambivalent. Dezvoltarea se încheie în pubertate cu atitudinea post-ambivalentă a subordonării pulsiunilor parțiale individuale sub primatul sexualității genitale și al amestecului dragostei cu ura într-un sentiment unitar, unde preponderent este unul sau altul dintre sentimente.

Întrucât această întreagă dezvoltare coincide oarecum cu anii individuali de viață (sigur însă doar foarte aproximativ), dezvoltarea libidoului poate fi redată, grosolan schematizată și simplificată, ca în schema următoare.

Dezvoltarea libidoului

Prezentare schematică

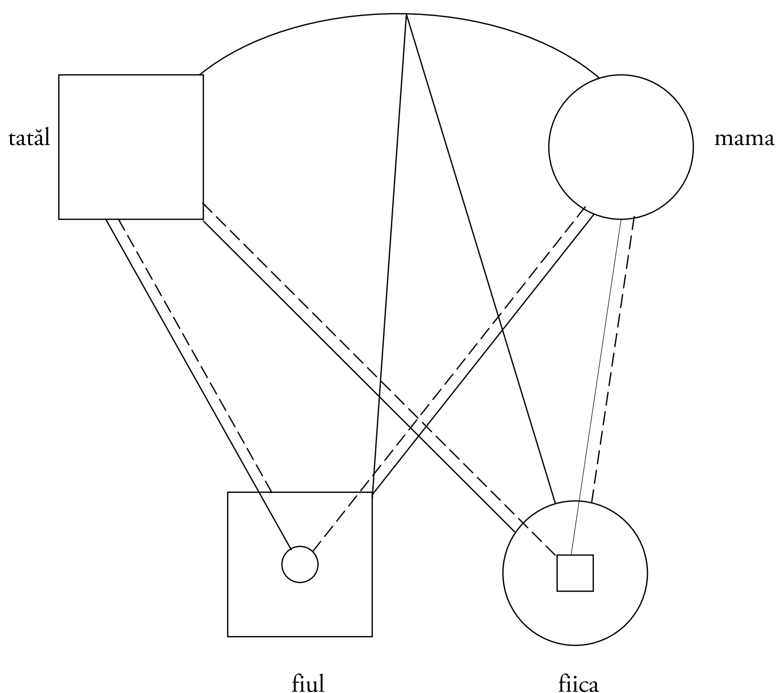
Vârsta (simplificat)	Funcția corporală vitală	Sursa	Scopul	Obiectul și modul	Ambivalența
0 – 1/2 nivelul I ------------**Stadiul oral**-------- ½ - 1 nivelul II (canibalic)	Hrănirea	Gura _______ Gura	Suptul ____________________ Mușcatul, devorarea	Sânul matern si eu nediferențiate (autoerotism) ____________________ Eu (narcissism), fizic, obiecte (corporalizare totală)	Pre ambivalență (fără legătură obiectală) ____________________ incorporare-distrugere (in coincidență)
1 – 2 Nivel I ------ **Stadiul sadic anal**----- 2 – 3 nivel II	Defecarea	Anus ---------- Anus	Expulzarea excrementelor (distrugerea obiectului) ------------------------ Retenția excrementelor (conservarea, posesia obiectului)	Părinții; fizic excremente (iubire parțială cu încorporare) -----iubire pasivă a obiectului--- Părinți; fizic: excremente (dragoste parțială)	A poseda – a distruge -------concomitent------ A poseda – a distruge
3 – 5 nivelul I (falic)	Micțiunea	Penis Clitoris	Ipsație (masturbare)	Părinții, (iubire activă cu scop genital)	Iubire și ură concomitentă în Complexul Oedip
------**Stadiul genital**--------	Perioada de latență				
>12 Nivelul 2	Sexualitatea	Penis Clitoris/ vagin	Ipsația (masturbarea), apoi actul sexual	Părinții și imaginile parentale, apoi partenerul sexual	Post- ambivalent (Subordonarea pulsiunilor parțiale)

VI. Situația Oedipiană

Din această „hartă a evoluției pulsiunilor“ trebuie să extragem un detaliu și să-l redăm la o scară mai mare. Ne referim la situația ambivalentă a primului stadiu genital cunoscută sub demunirea de complex Oedip. Aici, bisexualitatea întrinsecă a tuturor ființelor organice evoluate joacă un rol decisiv. Diferențierea pe sexe a vieții afective infantile este atât de avansată la această vârstă, încât copilul demonstrează o preferință semnificativă pentru părintele de sex opus, în timp ce pentru părintele de același sex i se dezvoltă o atitudine de rivalitate. Apariția situației oedipiene se trage din aceea că baiatul se identifică la început cu tatăl său. Aceasta este o „identificare narcisistă“, pe care FREUD o descrie drept „cea mai timpurie expresie a unei legături sentimentale cu o altă persoană“, ca „cea mai primară formă de legătură sentimentală cu un obiect“[1]. Această identificare exprimă „ce ar vrea să fie“ (FREUD, a. a. O., p.60). Pe lângă aceasta se dezvoltă „o posesie a mamei - obiect“, care duce spre idealul al „ce vrea să aibă“ (FREUD). Dar și opusul se întâmplă, chiar dacă în grad mai redus. Partea homosexuală al iubirii sexuale mentale este la vârsta copilăriei semnificativ mai puțin reprimată decât la adulți, și ca urmare a acestui fapt, în timpul situației Oedipiene există două aspirații opuse către fiecare dintre părțile celor doi părinți în paralel. Acesta se numește complex Oedip deplin, complet. Aici trebuie remarcat că tendintele homosexuale sunt ceva mai pronunțate la fete decât la băieți, întrucât primul obiect iubit este de același sex: mama hrănitoare, care și în stadiul oral este percepută vag ca obiect. (Schema noastră de mai sus este doar o aproximare grosolană a faptelor!) La fete trebuie să se producă mai întâi o reorientare de la obiectele de același sex către obiecte de sex opus (către heterosexualitate) (“împingerea spre pasivitate” Helene Deutsch). Aceste relații pot fi transpuse, fără mari deformări ale faptelor, în schema următoare, unde □ reprezintă masculin, ❍ reprezintă feminin, linia (____) reprezintă tendința pozitivă (dragoste), iar linia întreruptă (- - -) pe cea negativă (ură).

Spre sfârșitul primului stadiu genital această situație oedipiană se deconstruiește treptat. Aceste procese psihice care se epuizează sunt extraordinar de complicate și aparțin celor mai dificile capitole ale psihanalizei. Expunerea lor detaliată ar depăși spațiul pus la dispoziție aici. Apoi, dezvoltarea băieților este esențialmente diferită de cea a fetelor. Este de ajuns să specificăm că “oedipul” la băieți este, după cum se exprimă FREUD, e “făcut țăndări” de complexul de castrație, adică se degradează din teama de revanșă, exersată istoric-evolutiv și repetată în dezvoltarea individuală. La fete, faza de castrare precede complexul oedipian, întrucât aici „împingerea spre pasivitate“ este facilitată inițial, parțial, de fantasma că mama i-a oferit „prea puțin“ copilului ei.

1 SIGMUND FREUD, Massenpsychologie und Ichanalyse, Vien, 1923, p.58 și 62.



Odată cu dizolvarea treptată a acestei situații conflictuale dramatice se formează Supraeul (instanța conștiinței). Căci renunțarea finală la părinți ca obiecte sexuale se întâmplă prima oară printr-o „identificare obiectal libidinală" cu ei și cu cerințele lor (deci o identificare cu „ce ar vrea să aibă"), un proces, care are loc de acum înainte de fiecare dată când un obiect adorat devine inaccesibil sau se pierde; și de fiecare dată rămân urme ale obiectului adorat în Eu. („Caracterul Eului" este „o condensare a renunțărilor la obiectele posedate", Freud[1].) Înainte, aceasta se numea pentru copil „trebuie", acum el începe să simtă că „vrea", restricțiile impuse de morală nu mai vin acum din afară, ci din interior, din propriul Eu. Așa se naște caracterul din dubla identificare cu ambii părinți, și în acest mod sunt înmagazinate trăsături sexuale duble nu doar biologice, ci și psihologice, până la vârsta maturității.

În formarea Supraeului sunt însă implicați și alți factori. Simplificând, Supraeul are patru surse: 1. Libidoul narcisist fixat asupra idealului de Eu (Ego-ideal), 2. Introiecția prescripțiilor morale, 3. Agresivitatea adresată propriului Eu, care în lumea exterioară este manifestată ca rezistență, 4. Energiile agresive îndreptate împotriva Eului, adică funcțiile de pedepsire ale autorităților externe, introiectate[2].

Vedem deci cât de puternic este infiltrat mecanismul de introiecție în formarea Supraeului. Noua școală engleză vorbește prin ANNA FREUD privitor la rezolvarea reușită

1 SIGMUND FREUD, Das Ich und das Es, cap. III.
2 J. C. FLUGEL, Man, Morals and Society, ediția suedeză: Människa, Morealen och Samhället, Stockholm, 1946, p.39-43.

a complexului oedipian despre o introiecție a autorității obiectelor. O simplă identificare (după cum se găsește ea în stadiul falic-narcisist) nu ar rezolva conflictul, ci ar rămâne plafonată la nivelul omnipotenței narcisiste[1].

VII. Destinele pulsionale

Dacă evoluția pulsiunilor, schițată aici în linii mari, decurge în mod normal sau nu este o problemă care depinde, ca în toate problemele legate de constituirea caracterului uman, de doi factori: predispozițiile ereditare înnăscute și influențele regulatoare care provin din mediu, al căror efect însă este dependent de constituția înnăscută a pulsiunilor[2]. Acestea din urmă decid și asupra tipului și forței Supraeului ce se constituie, asupra a ceea ce RUDOLF BRUN numește „pulsiunile secundare" inhibitoare sau „contra-pulsiunile culturale". Am încercat să redăm în cele ce urmează condițiile și mecanismele cu ajutorul cărora evoluția se desfășoară *normal* sau se produce o *perversiune* sau o *nevroză*, schemă care a fost elaborată după manualul lui BRUN. (Numerele din paranteză se referă la numerele paginilor celei de a doua ediții.)

Destinele pulsionale
(232, 236-239, 240-243)
(bilanțul forțelor constituțiilor pulsionale înnăscute) (232)

Definiții (după Freud):
Perversiune = expresie manifestă fie a deturnării obiectului sexual fie a unei pulsiuni partiale izolate exclusive și compulsive. (Trei eseuri asupra teoriei sexualității)
Nevroză = perversiune suprimată („negativul perversiunii")

1. *Normalitate* = Forță medie a pulsiuni arhaice primordiale + dezvoltare medie până la puternică a pulsiunilor secundare inhibitoare (mecanisme de frânare) (232, 235/236)
   a) rest nereprimat în formă originară (236) predilaecții, preferințe
   b) energie reprimată a pulsiunilor =
      α) formații reacționale
      (deturnare în contrast cu supracompensarea)
      β) formarea de substitute
      (exercițiul asupra obiectului substitut)
      γ) sublimare
      (libidoul inhibat conform scopului este pus la dispoziția instanței suprimate)
2. Perversiune = intensitate anormală a pulsiunilor primordiale arhaice
(„delincventul înăscut") + slăbiciune a pulsiunilor culturale contrare (232)
   a) deturnarea obiectului sexual cu menținerea scopului sexual normal (240/241)
      = homosexualitate, inversiune
      α) stadii sexuale intermediare (ereditare)
      β) homosexualitate dobândită (identificare defectuoasă)
   b) deturnarea, devierea scopului sexual (izolarea unei pulsiuni parțiale)
   = parafilii (STEKEL), perversiuni în sensul strict
3. Nevroze = Forța constituțională sporită a uneia sau mai multor pulsiuni primordiale
   + pulsiuni secundare puternic dezvoltate (232), (inhibiții) (242/243), (teama de erupție a pulsiunilor) + mecanisme de apărare, mai presus de toate refulări ale reprimărilor eșuate)

1 ULRICH MOSER, Neurosenlehre (Vorlesung 1964).
2 RUDOLF BRUN, Allgemeine Neurosenlehre, s. Aufl. P.193.

VIII. Diferențe între psihicul copiilor și cel al adulților

Ne întoarcem la nevroze și ne amintim că acestea sunt privite în principiu ca infantilisme și ca tulburări afective de dezvoltare. Ca acest cuvânt să nu rămână doar o vorbă goală, trebuie să specificăm clar în ce punct psihicul unui copil se deosebește de cel al unui adult. Astfel avem:

1. Percepția realității, adică aprecierea critică a impresiilor lumii exterioare, este o funcție a inteligenței care se formează doar pe parcursul dezvoltării. Creierul și psihicul copilului sunt încă prea puțin organizate, pentru a putea exercita aceste funcții complexe. Abia în jur de 8 ani se formează în mod normal într-o oarecare măsură simțul realității (BÜHLER). Copiii mai mici nu pot să perceapă o graniță strictă între fantezie și realitate, încă nu gândesc logic, ci magic, ca primitivii („gândire prelogică", LEVY-BRÜHL). Concepțiile fantastice pot avea asupra copiilor același efect ca realitatea. Ele posedă „realitate psihică" (FREUD). Copiii mici din această cauză nu pot „minți", deoarece nu înțeleg încă deloc diferența dintre adevăr și minciună. – Aproape la toți nevroticii se întâlnesc urme ale acestui tip de gândire prelogică și o concepție despre realitate distorsionată, dar nu anihilată total. (Grav distorsionată sau anihilată este în cazul psihozelor.) O fixație aproape totală asupra acestui nivel prelogic se întâlnește la psihopații pseudologici sau mitomani. (Diferență structurală.)

2. După cum am văzut, la copiii mai mici libidoul încă nu a ajuns la faza genitală sau cel puțin nu a trecut de primul nivel al acesteia. În primul caz spunem că libidoul copiilor mici (și a multor nevrotici) se află în stadiu pregenital. (Diferență genetică.)

3. Am observat că formarea Supraeului, apariția conștiinței, este un proces care se împlinește treptat în Eul copilului abia către sfârșitul copilăriei. Apoi se formează Eul (la începutul dezvoltării limbajului copiii încă vorbesc despre ei înșiși la persoana a treia) și abia mult mai târziu Supraeul. Copilul foarte mic încă are o conștiință subdezvoltată. (Diferență topică.)

4. Dinamica tipurilor de pulsiuni, adică distribuția forțelor lor și ajustarea lor reciprocă la stimuli exteriori, este diferită la copii față de adulți.

a) Intâi, fiindcă copilul mic este *predominant narcisic*. Libidoul pentru obiecte, legătura permanentă cu obiecte preferate din lumea exterioară se creează treptat printr-o dezvoltare lentă care ține un an. Copilul este de la natură *egoist*.

b) Prin urmare și relația combinată a celor două tipuri principale de pulsiuni, agresivitatea și libidoul nu este identică în cazul copiilor și al adulților. Copiii au mult mai multe cuante de agresivitate liberă, deoarece în cazul lor, libidoul nu este încă contopit cu obiectul ca în cazul adulților. De aici și „sălbăticia" nativă a copiilor, impulsul lor puternic spre agresivitate și reacțiile lor agresive nemijlocite, atunci când îi sunt încălcate prea flagrant interesele. (Diferență dinamică.)

5. Chiar și felul în care copilul își administrează cantitativ *energiile libidinale* nu este identic cu cel al adulților. Aparatul afectiv al copiilor mici este inițial îndreptat numai asupra satisfacerii nemijlocite a nevoilor sale, asupra plăcerilor directe. Vorbim aici împreună cu FREUD depre principiul plăcerii. Imediat ce Eul a atins o anumită cotă de diferențiere,

învață în timp ca în anumite situații să prefere evitarea neplăcerii în locul satisfacerii nemijlocite a pulsiunilor, adică să amâne plăcerea. Această modificare a principiului plăcerii FREUD o numește *principiul realității*. (Ideea unei economii a plăcerii și neplăcerii vine de la FECHNER.) Scopul educației este acela de a înlocui treptat principiul plăcerii al copilului cu principiul realității, și o educație bună va încerca să reușească aceasta cu cele mai mici pierderi de partea activității copilului. FREUD spune: „în realitate, înlocuirea principiului plăcerii cu principiul realității nu înseamnă anularea pricipiului plăcerii, ci doar asigurarea amândurora. Se va renunța la o plăcere temporară, nesigură în consecințele sale, dar numai pentru a obține printr-o nouă cale o alta viitoare și sigură.[1]“ (Diferență de economie libidinală.)

Acestor diferențe li s-ar mai adăuga încă două:

6. Ca și în cazul motricității și în viața pulsiunilor se poate ca, la început, diferitele funcții să nu conlucreze atât de bine, cu alte cuvinte, la copii toate *pulsiunile parțiale* (tendințele orale, anale, uretrale, falice, sadice, masochiste, exhibiționiste și voyeuriste) se manifestă izolat, copilul este „pervers polimorf“, după cum se exprimă FREUD.

7. Din neamestecul dintre libido și agresivitate decurge faptul că ambivalența dintre stimulările de iubire și ură este mai pronunțată la copii și devine evidentă în mod mai deschis decât la adulți cu primatul lor genital sever.

IX. Nevrozele sub diferite aspecte

Înțelegem că din aceste diferențe între psihicul copiilor și al adulților decurg diferite perspective din care sunt privite nevrozele și după care pot fi clasificate.

1. Nevroza ca fixație pregenitală

Fixația pură în *stadiul oral-narcisic* nu o întâlnim în nevroze, ci în psihoze, și anume în principal în schizofrenii. (În melancolie, fixația se află parțial în stadiul oral și parțial în primul nivel al stadiului anal, deși aici libidoul anal este defensiv. Paranoia este privită ca o regresiune la stadiul anal-sadic la posedarea narcisistă a obiectelor.) Deși fixațiile orale apar și la nevroze în *mod secundar*, mai ales la cele compulsiive, care aproape niciodată nu au un caracter anal „pur“, și apoi la dependenți, în primul rând, bineînțeles, la alcoolici.

Punctul de fixație tipic al compulsivilor este stadiul *anal-sadic* (cel mai des la al doilea nivel al său), în timp ce fobicii regresează către stadiile pregenitale fără un alt punct tipic de fixație clar determinabil. În fine, istericii rămîn fixați la statadiul *infantil-genital (falic)*. Tratamentul istericilor este din această cauză o sarcină relativ mulțumitoare, întrucât la maturitatea deplină a bolii ei au regresat pe o plajă relativ redusă a evoluției, față de alți nevrotici. În ceea ce privește dezvoltarea, alături de ei se află, foarte aproape, nevrozele de caracter falic-narcisiste.

1 SIGMUND FREUD, Formulierungen über die zwei Prinzipien des Psychischen Geschehens, Ges. Werke, Bd. VIII, p.235/236.

2. Nevroza ca dizlocare, deplasare a structurii Eului

Și în viziunea sistemului structural tipic (între Eu, Sine și Supraeu) se pot diferenția nevrozele.

La isterie există un *conflict între Eu și Sine*. Eul reprimă genitalitatea, Sinele evită Supraeul și se retrage din inervațiile/manifestările corporale ale Eului.

În *nevroza compulsivă*, legătura dintre *Supraeu și Sine* este tulburată , iar cea dintre Eu și Sine și dintre Supraeu și Eu este intactă. Impulsurile Sinelui sunt influențate și redirecționate permanent în Eu de către critica Supraeului. Eul regresează la nivelul magic (prelogic), iar Sinele la cel anal-sadic. Supraeul întoarce sadismul împotriva propriei persoane, iar vina (agresivitatea îndreptată primordial împotriva celorlalți) este ispășită prin autochinuire.

(Prin comparație: În schizofrenie și psihozele înrudite conflictul are loc între Eu și realitate. Legătura dintre Supraeu și Eu *și* cea dintre Eu și Sine este tulburată. Supraeul este distrus și are loc un scurtcircuit între Eu și Sine [perversiuni manifeste]. Mai exact, conflictul între Eu și Supraeu este proiectat în afară și se duce, în mod evident, între Eu și realitate. Recunoașterea mecanismului paranoid de proiecție joacă un rol foarte important în diagnosticul Rorschach. Cazul paranoia involutivă și psihozele psihogene. – La psihozele maniaco-depresive există un conflict între Supraeu și Eu; în faza melancolică Eul este chiar subiectul sinuciderii, în faza maniacală Supraeul, si identificarea sa este anihilată.)

Grosier vorbind, isteria și fobia pot fi numite nevroze de *Sine*, deoarece aici tulburarea începe dinspre Sine. Compulsiile ar fi de cealaltă parte nevroze de *Supraeu*. Există de asemenea stări nevrotice cu tulburări de *Eu*; acestea sunt depersonalizările, care însă sunt treceri spre psihoze (de ex. în cazul isteriei cu disocierea Eului, și în forme mai ușoare și la psihastenie[1]).

În cazul nevrozei centrală este *anxietatea*. Această segmentare topică a nevrozelor se află în strânsă legătură cu diferitele tipuri de anxietate, și este la fel de important să fie cunoscute exact pentru a stabili corect diagnosticul Rorschach ca și pentrua diferenția corect tipurile de anxietate în protocolul Rorschach.

„Eul este locația de drept a anxietății“[2], spune FREUD, dar depinde de lumea exterioară (cu care acesta este în contact direct prin organele de simț), de pulsiunile Sinelui și de încurajările morale ale Supraeului. În funcție de aceste dependențe anxietatea poate fi diferențiată în *anxietate reală* (anxietate a Eului în sens restrâns), *anxietate libidinală* (anxietate a sinelui) și *anxietate resentimentară, de conștiință* (sau anxietate de castrare) (anxietate a Supraeului).

Anxietatea reală este anxietatea normală a unui semnal de alarmă sănătos împotriva pericolelor exterioare. Este un sentiment străvechi, care apare la fiecare amenințare asupra pulsiunilor vieții și stimulează organismul spre luptă, spre fugă, sau spre „a face pe mortul“.

1 Relațiile caracterizate se referă la tulburările structurii Eului. Ceea ce afectează funcția Eului este tulburarea în isterie a Eului corporal (organele sale), în compulsie, a Eului psihic (gândirea și simțurile) și în schizofrenie (pe lângă celelalte funcții) tulburarea percepției Eului. (vezi NUNBERG, Allgemeine Neurosenlehre, p.276.)

2 SIGMUND FREUD, Das Ich und das Es, cap. V.

Anxietatea libidinală vine din interior, este iubire sau agresiune transformată și de aceea este numită mai adecvat anxietate impulsivă[1]. Ea este anxietatea flotantă *liberă*, care sub forma așa-numitei *anxietăți de așteptare* se conectează de orice ocazie. Ea apare din aglomerarea pulsiunilor în nevroza anxioasă și se găsește și în isterie, unde însă nu este trăită ca anxietate, ci se convertește și rămâne legată de simptom. Dacă anxietatea originară față de pericolul pulsional intern trece, printr-un mecanism de translație spre legătura cu obiectul, ea devine *anxietate fobică* (anxietate de situație).

Și anxietatea resentimentară provine din interior. Inițial, ca anxietate normală de pedeapsă, era îndreptată asupra obiectelor exterioare, dar a fost ulterior introiectată. În forma sa nevrotică în compulsii ea devine din nou anxietate de translație, prin care anxietatea față de pedeapsă se transformă "intr-una mai mică".

Din cauza importanței lor foarte mari, aceste legături trebuie asamblate într-o imagine schematică (după „Teoria Nevrozelor" lui RUDOLF BRUN).

Anxietatea

(Rezumare schematică după RUDOLF BRUN, Ed.2-a, p..113, 114, 115, 126, 264, 364, 365, 391/392)

Observație preliminară:

Anxietatea este întotdeauna produsă și resimțită de Eu, dar poate să provină din „cele trei dependențe ale Eului: față de Lumea exterioară, față de Sine și față de Supraeu" (FREUD, Noi Prelegeri, XXXII).

Condiționarea biologică fundamentală: amenințarea intereselor vitale (atunci când cursul normal al unei pulsiuni primare gata de stimulare/excitare activă e pus brusc sub semnul întrebării sau pare amenințată de un obstacol) (113, 126, 346).

1. *Teama Anxietatea) reală (*Eu) = seniment originar
(din afară) (amenințare a pulsiunilor vieții) (113)
[normală] pregătire a organismului pentru apărare sau fugă
(furtună motrică)
sau reflex de înlemnire, moarte (Totsreflex)

2. anxietatea libidinală (Sine) =
(din interior)

a) [nevroză anxioasă] = anxietate ce plutește liber (sentiment originar) (114)
(Analog: neliniștea anxioasă după pierderea obiectului)
(neliniștea animalelor și nevrozele anxioase ale văduvelor) (264)

b) [isterie][2] = anxietatea legată de simptom, convertită, nu mai este resimțită ca anxietate.

1 Cuvintele lui FREUD „indiferent … dacă agresiune sau iubire" în cea de a XXXII-a lectură din „Noi cercetări..." (Gesammelte Werke, Bd.15, p.90) au fost trecute cu vederea de o serie de critici, de ex. KAREN HORNEY.

2 La isterie este vorba despre o anxietate, care ca oricare alta pornește de la Eu, dar care este dependentă de nevoile Sinelui, o teamă de a pierde iubirea, care este suprimată în inconștient și „convertită" în simptom și de aceea nu mai este manifestă.

3. A*nxietatea fobică* (Sine) = anxietatea față de obiect
(anxietate psihonevrotică) cu substitut al deplasării (anxietate complexă) (114)
(originar anxietate față de pericolul pulsiunilor) (364)

(din interior) (anxietate situațională) (365)
[fobie, nevroză compulsivă]

4. A*nxietatea resentimentară, de conștiință* (Supraeu) (de pedeapsă, „de castrare“)
a.) [normală] = α) referitoare la obiect (extratensivă) = frica de urmări (anxietate reală, formă infantilă) (115, 126)
β) introiectată = anxietate pură de conștiință (sentiment originar obiectiv) (115, 126)
(amenințare a pulsiunilor morale opuse) (formă matură)
b) [compulsie] = anxietate de deplasare
(cu proiecție asupra unui substitut deplasat)
(deplasare „pe una mai mică“) (391/392)

3. Nevroza ca modificare a raportului mixturii pulsiunilor

Nevroza este însă și o deplasare dinamica a structurii în raportul de forte contrare dintre pulsiuni și componentele lor.

Tuturor nevrozelor le este comună o puternică manifestare a narcisismului. La nevrozele (condiționate constituțional evident mai puternic), așa-numite nevroze narcisice (stări înrudite cu cele din psihoze, dar fără tulburări ale relatiei cu realitatea), este vorba în mare parte despre fixația la narcisismul primar. Dar și nevrozele de transfer prezintă un narcisism accentuat, care aici este un narcisism secundar, adică libido obiectal retransformat în libido narcisic. In aceasta își are originea egocentricitatea cunoscută a nevroticilor.

Dar și relația dintre *libido și agresivitate* suferă o deplasare. Din cauza unei parțiale separări se degajă energie agresivă, care nu se eliberează deloc, sau doar pe căi ascunse. Pe de altă parte, dacă nici componentele pozitive ale componentei pulsionale agresive din anxietate nu sunt satisfăcute, se ajunge la *obstrucții de agresivitate* semnificative, care, dacă nu sunt descărcate, ca de ex. în manifestările sau crizele isterice, sunt inhibate și apoi duc la depresii, disforii, timiditate, oboseală și la o degradare a activității în general. În unele cazuri, acest mecanism stăpânește întregul tablou atât de bine, încât este foarte posibil ca terapia să se rezume doar la eliberarea acestor energii agresive[1]. În țările în care există moravuri care permit o dezvoltare mai liberă a libidoului, cu mai puține inhibiții, dar unde „buna creștere“ și formele rigide de interacțiune sunt ridicate la rangul de idealului burghez, din experiență, aceste forme de nevroze joacă un rol deosebit de important.

Tulburări ale pulsiunilor agresive se întâlnesc la toate nevrozele, iar testul Rorschach este un instrument deosebit de sensibil pentru activitatea lor. În loc de contopirea normală între pornirile de auto-conservare și agresiune întâlnim aici de ex. agresivitate liberă în forma negativă în contactul social (așa-numita sfidare nevrotica), în timp ce simultan energia se

1 Vezi TORA SANDSTRÖM, Ist die Agressivität ein Übel? (Stockholm, Albert Bonniers, 1939).

degradează prin implicarea în meserie, iar pacientul se epuizează în lupta pentru existență. Acești oameni înjură totul și pe toți, dar nu fac vre-un efort pentru a-și îmbunătăți situația și pentru apărarea intereselor lor. În locul amestecului normal al libidoului obiectal cu agresivitatea, aici avem o retragere anxioasă din fața oamenilor de sex opus, cu sporirea simultană a fantasmelor sadice sau masochiste.

Însă nu doar agresivitatea poate fi liberă, sau oricum scindată, separată. Toate pulsiunile parțiale pot să se segrege și astfel observăm în cazul nevroticilor izolat, sadism, masochism, exhibiționism, voyeurism, oralitate, analitate, etc. și bineînțeles și inversiunea obiectului pulsiunii (homosexualitate) (din componentele normale de homosexuale din cadrul complexul oedipian), dar toate acestea forme refulate sau izolate sau sub forma *formațiilor reacționale* („negativul perversiunii"). Această separare a pulsiunilor parțiale este cauza nemijlocită a ambivalenței nevrotice (iubire și ură coexistente). Chiar și cele două componente ale sexualității genitale, senzualitatea și tandrețea, pot fi iarăsi separate, cum fuseseră în copilărie și apoi în pubertate[1]. Această separare este strâns legată de fixația pulsiunilor pe obiectele incestuoase din copilărie (tatăl și mama), și nu reușește să omogenizeze aceste două tendințe. Astfel, legătura de tandrețe cu mama este transferată unei „madone" venerate, care nu poftește, și își satisface senzualitatea cu o prostituată, pe care nu o iubește.

4. Nevroza ca defensă față de anxietate.

Pentru înțelegere nevrozelor, diferitele tipuri de apărare față de anxietate, de care se folosește nevroticul sunt probabil și mai importante. Riguros vorbind, defensa este față de impulsiurile urgente, iar mecanismele de apărare sunt activate prin semnalele anxietății, sarcina lor directă este deci eludarea anxietății.

Anna Freud[2] enumeră cele zece mecanisme de defensă/apărare: reprimarea, regresia, formația reacțională, izolarea, negația, proiecția, introiecția, întoarcerea împotriva propriei persoane, întoarcerea în contrar și sublimarea (dislocarea scopului pulsiunii). Ea mai adaugă trei, care servesc mai mult la apărarea față de pericolului și a neplăcerii externe, și anume: negarea în fantezie, negarea în cuvânt și activitate și restrângerea Eului. Vom studia aceste forme mai îndeaproape la amfitimie, iar restrângerea Eului o vom detalia în forma inhibiției nevrotice a inteligenței.

Întoarcerea în contrar este o transformare activ-pasivă, deci o întoarcere a direcției pulsiunii, de ex. sadismul devine masochism. Aici nu este deci vorba (ca la formația reacțională) despre o schimbare a scopului privind același obiect, ci despre o transformare din libido obiectal în libido narcisic, de cele mai multe ori cu o îndreptare asupra propriei persoane. (Forme diferite de defensă își încalcă, de cele mai multe ori, teritoriul una alteia, după cum remarcă Nunberg[3].) La formația reacțională, pe de altă parte, vechiul obiect

---

1 O perspectivă excepțională asupra dezvoltării psihice în pubertate, a cărei cunoaștere este indispensabilă pentru înțelegerea nevrozelor o găsiți la ERNST KRETSCHMER, Medizinische Psychologie, Georg Thieme, Leipzig 1939, p.136/137.

2 ANNA FREUD, Das Ich und die Abwehrmechanismen, Vien, 1936, p.52.

3 Op. citat, p.210.

rămâne la locul lui: copilul agresiv devine afectiv (dar mereu numai față de mamă), iubirea fața de murdărie devine iubire față de curățenie.

După Waedler[1], toate mecanismele de defensă pot fi desrise în totalitate prin trei aspecte: „retragere din conștiință, satisfacerea substitutivă (prin substitute) și ocuparea contrariului".

Mecanismele de defensă amintite nu se distribuie egal între diferitele nevroze, ci fiecare tip de nevroză are favoriții săi speciali. *Isteria* se servește mai ales de r*efulare* (a libidoului genital). Istericul tace în rezistență nu îi vine nici o idee. Mai apare la isterici și formația reacțională, regresia – dar numai în imaginație și expresie – pulsiunea însăși rămâne la stadiul genital. *Nevroza compulsivă* lucrează de preferință cu *izolarea*. Nevroticul compulsiv nu tace în discuțiile contradictorii, „dar rupe legătura dintre ideile sale"[2]. *Regresia* sa cuprinde pulsiunea însăși, libidoul alunecă realmente înapoi în structura primitivă pregenitală. În plus, la compulsivi se întâlnesc la scară mare *formațiile reacționale* și *negarea*, deci magia. Și *proiecția* este parte din mecanismele de defensă ale compulsivilor. Aceasta este, de altfel, specificul tuturor stărilor paranoide și psihozelor. Dintre formele de defensă, formația reacțională, izolarea și negarea sunt adresate mai mult apărării față de impulsurile pulsiunilor *pregenitale*, refularea mai mult împotriva celor *genitale* (de aici la isterie)[3]. – Sublimarea, în final, este unicul mecanism de defensă care apare preponderent la persoanele normale.

X. Nevrozele de caracter

O grupă deosebită a nevrozelor este reprezentată de nevrozele de caracter. Noțiunea și expresia nevrozelor de caracter provine dintr-o lucrare a lui FRANZ ALEXANDER: „Caracterul nevrotic" (Imago 1921) și a fost dezvoltată ulterior de WILHELM REICH. După Reich[4], caracterul servește rezistenței și este o „solidificare cronică a Eului". Această rigidizare („blindare") se produce în trei moduri: 1. Prin *identificare* a Eului cu personajul principal care îl respinge; 2. Prin *introiecția agresiunii* împotriva persoanei care rejectează și 3. Prin *formația reacțională* împotriva tendințelor sexuale, a căror energie este utilizată pentru respingere (REICH, p.168). Aici acționează următoarele *condiții* generale: „rezultatul formării caracterului depinde: de momentul în care rejecția întâlnește pulsiunea; de frecvența și intensitatea respingerilor; de pulsiunile cu care se ciocnește respingerea centrală; de raportul dintre conivență/toleranță și rejecție; de sexul persoanei esențialmente rejectantă; de contradicțiile dintre rejecții" (REICH, p.171).

REICH numește caracterul „normal" caracter „genital", deoarece consideră că persoanele normale au potență orgastică deplină, în timp ce, în relalitate, mulți nevrotici dețin o potență orgastică extraordinară. Dar aceasta nu are o însemnătate decisivă, deoarece potența orgastică este *printre altele* un criteriu important al normalității. Între cele normale, Reich diferențiază *caracterele pulsionale* (Triebhafte) și *caracterele inhibate pulsional*

1 ROBERT WAEDLER, Die Grundlagen der Psychoanalyse, Bern und Stuttgart, 1963, p.171.
2 ANNA FREUD, op.citat, p.42.
3 OTTO FENICHEL, The Psychoanalytic Theory of Neurosis, 1955, p.287.
4 WILHELM REICH, Characteranalyse, Copenhaga, 1933.

(Triebgehemmten); cele din urmă există în patru variante, caracterul isteric, caracterul compulsiv, caracterul falic-narcisist și cel masochist. O varietate deosebită a caracterului compulsiv este amintită aici, pe care o putem numi „*nevroză cerebralizată*". În asemenea cazuri, anume la intelectuali tineri cu nevroze de caracter foarte cuprinzătoare, pacientul încearcă să își stăpânească anxietatea printr-o intelectualizare extensivă a afectelor. Aceștia epuizează prin discurs orice experiență și nu trăiesc nimic, nu conștientizează, ca urmare a izolării compulsive, faptul că răs-cugetă și răs-explică totul, până la epuizare, din anxietatea de-a trăi/experimenta. Ei cred în mare parte că se cunosc excelent, dar sunt, din cauza blindării lor extraordinare, dificil de abordat chiar și de către analiștii experimentați.

Oferim mai jos, după modelul lui BRUN și REICH, o scurtă rezumare a celor mai importante trăsături structurale ale nevrozelor de caracter, de a căror cunoaștere exactă are nevoie diagnosticianul Rorschach ca de pâine cea de toate zilele.

Tipurile de caractere nevrotice
(după Reich și Brun) (Brun 402-405)

1. Caracterul pulsional/impulsiv

Pornire sexuală nemascată și neinhibată (și perversiuni)
*Angajare afirmativă a Eulu*i în viața pulsională (*pulsiunea* însăși e în *serviciul apărării* de situații imaginare periculoase) — diferență față de compulsie
Raționalizare amplă
Relație activă cu lumea exterioară (nu există disociere, se obține controlul realității) — diferență față de schizofrenie
Conflict irezolvabil între interdicție și dorință:
Izolare și refulare a Supraeului
Nevoie de pedeapsă (ca urmare a efectului Supraeului refulat asupra Eului), (masochism, „delict din resentiment/conștiința vinovăției")
Descărcarea nevoii de pedeapsă prin automutilări.

Geneză: negația bruscă traumatică după satisfacerea excesivă a pulsiunilor

2. Caracterul isteric

Cochetărie + anxietate genitală (teama de orgasm)
(activitate sexuală fără trăire sexuală)
(bărbații: moi, feminini și hiperpoliticoși)
Instabilitate și *sugestibilitate*
Înclinație către *fantasmare* și *pseudologie* (REICH 214)
Tendință redusă către sublimare (tendințele genitale desfășurate total)
Conversiuni somatice și *anxietate*

Geneză: fixație genitală asupra obiectului incestuous.

3. Caracterul compulsiv

Trăsături anale și formații reacționale (pedanterie, ruminație meditativă, economie)

Reacții de *culpabilitate* și *compasiune* (sadism reprimat)

Nehotărâre, dubiu, neîncredere

Stăpânire de sine până la blocaj afectiv (tensiune musculară)

Apărare a organelor genitale față de pulsiune(*falic-sadică*)

Regresiune la stadiul *anal* (legarea agresiunii prin energii anal-erotice)

Tendințe de reținere corporală și spirituală

În saptele blocajului afectiv, sadism falic (înțepare, perforare) și anal (bătaie, călcare în picioare, zdrobire) (Reich, 225)

4. Caracterul falic-narcisic

Aparență arogantă, *sigură pe sine*

Curaj agresiv în prezența formațiunilor reacționale deficiente, împotriva agresivității

Relații obiectale puternice cu capacitate de performanță socială însemnată

Desconsiderarea femeii fără nevoie de tandrețe (*incapacitate de a iubi*) cu impulsuri inconștiente *sadice de răzbunare* (de asemenea: homosexualitate activă la ambele sexe)

Geneză: inhibarea obiectului libidinal genital până la punctual maxim al agresivității genitale printr-un refuz puternic

5. Caracterul masochist

Inhibarea generală a *dorinței agresive* printr-o puernică *anxietate de castrare*

Permanentă *anxietate de părăsire*, de înțărcare

Sentimente de suferință cronice cu înclinația de *a se plânge* (Reich 244)

Înclinație cronică către *autocompătimire* și *autodepreciere* (Reich 245)

Aparență *stângace*, fără tact în public (uneori până la pseudodemență) (Reich 245)

Nevoie de iubire atât de crescută, încât o satisfacere reală este exclusă

+ provocarea acelor oameni, de care se simte dezamăgit (Reich 250/251)

Normal: caracterul genital

Libido la stadiul genital cu obiect heterosexual

Complex Oedip depășit definitiv

Potența orgastică deplină

Vrem să încheiem acest capitol, care nu se vrea a fi o „teorie a nevrozelor" (pentru aceasta lipsesc o serie întreagă de date foarte importante), ci doar un repertoriu scurt a unor anumite tipare de gândire și principii de categorisire, care au un rol în practica uzuală a diagnosticului Rorschach.

S I M P T O M A T O L O G I A

Nevroze actuale

neurastenie (85, 85, 91, 107/108[1])
(= afecțiune funcțională a centrelor cerebrale vegetative) (91)
Simptom de bază = „slabiciune iritabilă“ (BEARD)

1.Hiperestezie a organelor de simț
(scăderea pragului pentru toate excitațiile cerebro-spinale şi vegetative) (85)
insomnie (tulburări de adormire)
dureri pseudonevralgice
+*2. Insuficiență a funcției de urgență a sistemului simpatic* (85)
(epuizare anormal de rapidă a performanțelor motorii):
slăbiciune generală somatică
tremor
oboseală rapidă
simptome vegetative (86)
tulburări vasomotorii
(iritabilitate crescută a pielii, labilitatea pulsului, etc.)
tulburări respiratorii
labilitatea tensiunii arteriale
tulburări ale funcțiilor stomacului şi intestinelor
„neurastenie sexuală“ (86)
poluții mai dese
masturbare intensivă
ejaculare precoce
impotență
ipohondrie, sentimente de anxietate şi vină
psihastenie (Janet) (86, 87)
disponibilitate afectivă crescută (labilitate afectivă)
epuizare psihică rapidă
lipsă de concentrare
înclinație către dispoziție depresivă
ipohondrie (suprastructură psihonevrotică) (107/108)
înclinație către observare de sine crescută
interpretare greşită a simptomelor („cauzalitate aglutinantă“, MONAKOW)
activarea sentimentelor de culpabilitate

nevroză anxioasă – simptome (115-117)
1. Atacuri acute de panică (din senin)
(simptome cardio-vasculare, teamă de sufocare)
plus: atacuri de panică prelungite
anxietate de anxietate (teama de teamă)
2. In interval:
aşteptare anxioasă
+ tonus simpatic crescut
(insomnie, ameteală, iritabilitate, hiperestezia oragnelor de simţ, teamă, tremor, frisoane, diaree, labilitate psihică şi cardiacă, oftat, reprezentări cu conținut ideatic amenințător)

Echivalente anxioase (fără senzație subiectivă de anxietate)
(reflexe corporale anxioase, pavor nocturn hipnagogic, pollakisurie, poliurie nocturnă, foame hipoglicemică nocturnă)
Anxietate nocturnă la copii
Teamă (anxietate de situații)
agorafobie,
Teamă de singurătate
Teamă de întuneric
Teamă de furtună

(pseudofobii, neanalizabile)

Ipohondrie a nevroticilor anxios (Herz) (117/118, 120)

Psihonevroze secundare
isterie anxioasă autentică
sau nevroză compulsivă (120/121)
Echivalent nevrotic accidental (ex. Neurastenie post comotională:
Nevroză de spaimă (sperietură) (126/127)
cu acompaniament somatic:
Isterie de spaimă
(isterie sau isterie anxioasă) (127)
(nevroză traumatică)

1 Numerele din paranteză se referă la numerele paginilor în cartea lui BRUN, „Allgemeine Neurosenlehre“, 2. Aufl.

N E V R O Z E L O R

Psihonevroze

Psihonevroze de defensă (382)

isterie

forme şi cursuri anormale de excitare: (78)
autosugestibilitate şi sugestibilitate exterioară anormal crescută
înclinaţie către îndepărtarea impresiilor penibile din conştiinţă (îndepărtare, negare, suprimare)
înclinaţie către stupefacţie faţă de reflexele de spaimă, capacitate crescută de dislocare a afectelor şi conversie, amprenta (Nachdauer) anormal de prelungită a reflexelor viscerale (sindromul lui Adie) („incapacitate primară de sinteză psihică“) (Janet)

fobie (isterie anxioasă)

anxietate faţă de pericolul interior al pulsiunilor (364)
suprimare a pericolului pulsiunilor şi fixarea fricii în simptomul psihonevrotic (365)
anxietate de situaţii (365)
anxietatea este inapelabilă (368)

compulsie

1. *forme şi cursuri anormale de excitare:*
ambivalenţă primar crescută a tuturor sentimentelor (78/79, 396) (dubiu, amorţeală a disponibilităţii pentru activitate) (397)
2. *constituţia pulsiunilor:* (397)
sadism primar mai puternic
+ fixaţie anal erotică hiperputernică (exactitate pedantă, obstinenţă şi încăpăţânare) (397, 398)
3. *mecanismul formării simptomelor* (391-395):
a) manifestare puternică a pulsiunilor sexuale în copilărie (complex oedipian) cu suprimare ulterioară
b) suprimarea reproşurilor faţă de sine şi dislocare către alte conţinuturi de gândire („dislocare la ceva mai mic“)
+ desfacerea prin acte de constrângere reactive
c) impulsuri duşmănoase împotriva persoanelor care-şi suprimă pulsiunile
d) apărarea şi suprimarea acestor impulsuri sadice prin întoarcerea în contrapoziţie (formare de reacţie) (intensificare bolnăvicioasă a emoţiilor contrare morale) (supra-Eu sever)
e) asigurare împotriva izbucnirii pulsiunilor prin acte de constrângere (compromis cu emoţia sadică reprimată)
credinţă în omnipotenţa gândurilor
supraestimare a gândirii (intelectualizare a vieţii impulsurilor) (pseudosublimare)
f) reprimare secundară a obiectului primordial al pulsiunilor (automatizarea actelor de constrângere)

ETIOLOGIA ȘI

Nevroze actuale

Neurastenia (91-94, 94-95, 95/96, 97-101, 102, 105)

Etiologie:

1. epuizare (91-94)

2. *eliminarea inadecvată a libidoului* din actul sexual (97-101)
(împiedicarea orgasmului, onanie cu sentimente de vină şi anxietate) (97-101)

3. insulte, furie cronică, griji şi mâhnire, grabă în muncă (102)
sau
şoc psihic unic (mai presus de toate şoc anxios)

4. *efecte cronice* ale toxinelor (94-95)
a) *exotoxine* (monoxid de carbon, somnifere, droguri, nicotină)
b) *endotoxine* (autointoxicații din tubul digestiv, mai ales la congestiile cronice)
c) după boli infecțioase

5. şocuri mecanice (95/96)
(neurastenie traumatică sau de comoție)
(analog nevrotic accidental, vgl. „nevroză de şoc“ sub „nevroză anxioasă“)

simptome:
labilitate a sistemului nervos vegetativ: presiune craniană, impostură (mai ales la schimbarea bruscă a zonei), insomnie, intoleranță la alcool, tremur, perspirație, dermografism, simptome cardiovasculare, hidrocefalie, eliminare cerebrală a zahărului;
psihic: incapacitate de concentrare, încetinire a gândirii, iritabilitate crescută, depresie

6. neurastenie *constituțională* (105)
(insuficiență primară a barierei hematoencefalică - hämoencephal)

nevroză anxioasă

anxietate activată hormonal, plutind liberă (anxietate fără obiect) (117, 365) ←

patogeneză:
1. congestie a libidoului (121)
(inhibare violentă a reculului libidoului) (97)
(nevroză anxioasă numai la bărbații potenți şi femeile nefrigide) (124)

condiții:
excitare sexuală frustrantă (de ex. coitus interruptus)
fete caste şi copii
logodnă
renunțare bruscă la activitatea sexuală regulată (văduve, renunțarea la onanie)
bătrâni (la reaprinderea libidoului fără satisfacție) (124/125)

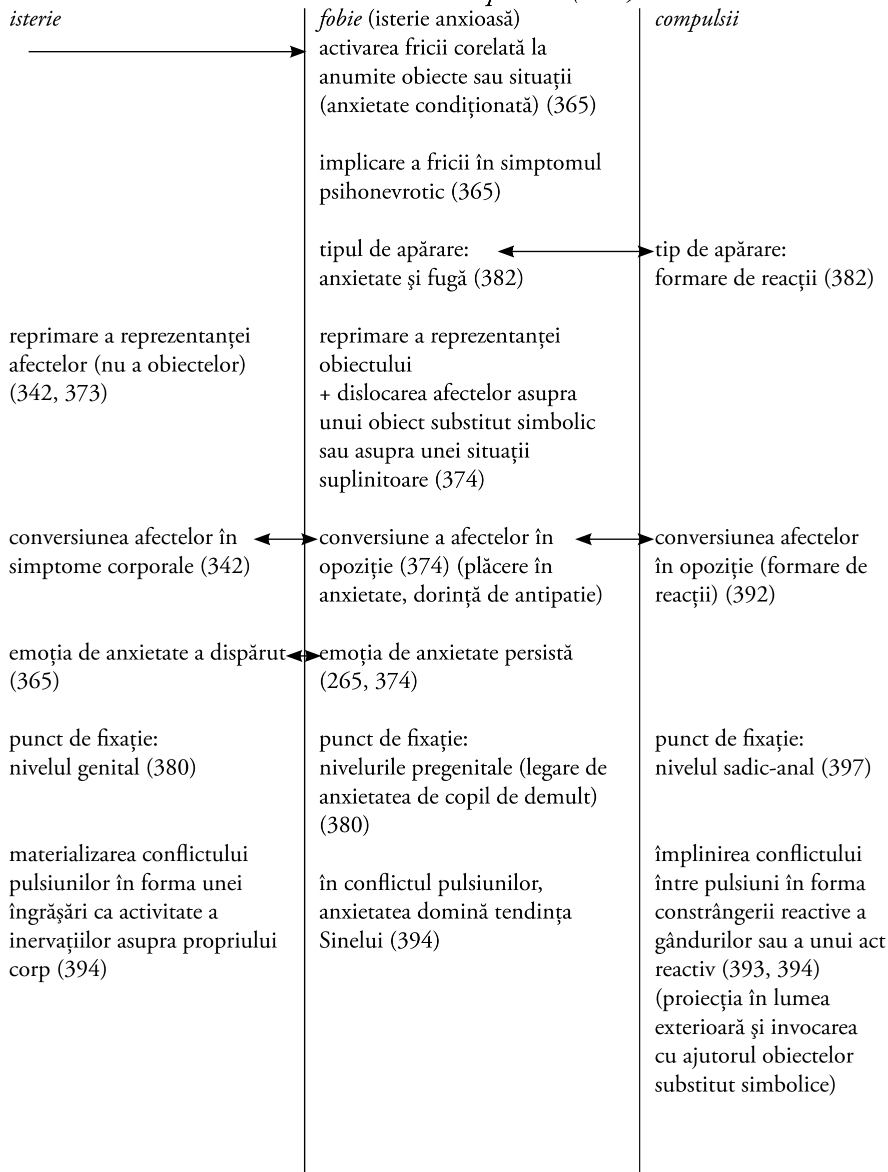
+ 2. *Constituția* (123)

+ 3. *Dispoziția dobândită* (123)
(ca urmare a slăbirii corporale, de ex. după boli infecțioase, excese de alcool, greşeli de dietă sau muncă surmenantă) (123, 124)

STRUCTURA NEVROZELOR

Psihonevrozele

Psihonevroze de apărare (382)



isterie	*fobie* (isterie anxioasă)	*compulsii*
→	activarea fricii corelată la anumite obiecte sau situații (anxietate condiționată) (365)	
	implicare a fricii în simptomul psihonevrotic (365)	
	tipul de apărare: anxietate şi fugă (382) ↔	tip de apărare: formare de reacții (382)
reprimare a reprezentanței afectelor (nu a obiectelor) (342, 373)	reprimare a reprezentanței obiectului + dislocarea afectelor asupra unui obiect substitut simbolic sau asupra unei situații suplinitoare (374)	
conversiunea afectelor în simptome corporale (342) ↔	conversiune a afectelor în opoziție (374) (plăcere în anxietate, dorință de antipatie) ↔	conversiunea afectelor în opoziție (formare de reacții) (392)
emoția de anxietate a dispărut (365) ↔	emoția de anxietate persistă (265, 374)	
punct de fixație: nivelul genital (380)	punct de fixație: nivelurile pregenitale (legare de anxietatea de copil de demult) (380)	punct de fixație: nivelul sadic-anal (397)
materializarea conflictului pulsiunilor în forma unei îngrăşări ca activitate a inervațiilor asupra propriului corp (394)	în conflictul pulsiunilor, anxietatea domină tendința Sinelui (394)	împlinirea conflictului între pulsiuni în forma constrângerii reactive a gândurilor sau a unui act reactiv (393, 394) (proiecția în lumea exterioară şi invocarea cu ajutorul obiectelor substitut simbolice)

B. Diagnosticul formal Rorschach al nevrozelor

Ca orice interpretare Rorschach în general, la fel și diagnosticul Rorschach al nevrozelor pornește de la formal, mai ales că de cele mai multe ori, conținutul nu oferă nici cele mai vagi indicii. Acest diagnostic formal este ceea ce Rorschach numește psihogramă formală. El definește (p.215): „numesc psihogramă formală ceea ce nu pot infera direct din protocol, de fapt nici din conținutul interpretărilor, ci din trăsăturile formale, indiferent dacă este sau nu cunoscută persoana din experiment."

I. Generalități

Rorschach a construit diagnosticul formal al nevrozelor esențialmente pe șocul cromatic și pe represia lui K, precum și pe incidența interpretărilor intermaculare, punând totul în relație cu tipul de rezonanță intimă și cu restul de factori ai experimentului. De aici rezultă câteva sindroame tipice de nevroze, pe care le vom discuta mai departe. Nevroze „pure" apar rar, în timp ce un număr mare de cazuri sunt forme mixte sau nevroze cu structuri atipice, este necesar să determinăm mai întâi ce anume spun factorii formali despre caracteristicile speciale ale structurii nevrozei cazului individual.

Vom căuta mai întâi *punctele de fixație* din evoluția libidoului și *tulburările libidoului obiectal*, apoi vom încerca să asamblăm și să determinăm numărul și intensitatea *simptomelor anxioase* și tipul respectiv de anxietate. Atunci când *narcisismul* secundar stăpânește întreaga imagine, vom citi aceasta din protocol, și în final va trebui să descoperim în ce măsură o sporire, respectiv deplasare a energiilor agresive joacă vreun rol sau este chiar sământa nevrozei.

1. Locurile de fixație ale nevrozei se vor desluși cel mai ușor din răspunsurile complexuale (orale, anale, falice, genitale). În afară de aceasta, ar trebui să atragem atenția asupra observației lui ZULLIGER (Bero, p.106), că și modurile de percepere se află în relație cu nivelele de dezvoltare ale libidoului, în care G reprezintă oralitate, D – genitalitatea, Dd – analitatea și Dim – agresivitatea. Bineînțeles, aceste echivalări nu trebuie folosite mecanic după modelul „cărții egiptene de vise", întrucât din modul de percepere nu se poate deduce dacă este vorba despre energii ale pulsiunilor care sunt originare, nedeviate de la scopul lor, manifeste sau refulate ori despre energie socializată și sublimată; aceasta reiese mai în principal din restul de factorii ai experimentului.

2. Tulburări ale libidoului obiectal se întâlnesc la nevrozele „clasice" (isterie, fobie, nevroză compulsivă). Acestea sunt evidențiate de răspunsurile cromatice, mai ales de tipul cromatic și de fenomenele de șoc.

a) Tipul cromatic ne arată nemijlocit nivelul de dezvoltare al afectivității. Cu cât mai puternici sunt C și CF (tip dextrocolor) cu atât mai infantilă și mai primitivă este afectivitatea. Dacă C-urile pure domină tabloul, atunci separarea libidoului de obiect nu este reușită efectiv. Organizarea libidoului se află la nivelul primitiv al sugarului, care își stabilește echilibrul afectelor pur și simplu prin explozii. La tipul mediu cu CF predominant

există deja de cele mai multe ori un început de legătură cu obiectul (de obicei un număr mai redus de FC), sau a existat, adică persoana se aflã, sau se aflã din nou (după dezamăgiri), în stadiul labil de „căutare a atracției". Aceasta corespunde genetic nivelului copilului mic cu libidoul său încă slab pentru obiecte și îndreptat predominant egocentric. Doar tipul sinistrocolor cu FC dominant și probabil câteva CF demonstrează legătura normală libido-obiectală a adulților, adică stabilitate afectivă.

Tipul cromatic indică câte ceva despre nivelul de dezvoltare, și anume tulburări ale dezvoltării (fixație sau regresie), dar nu spune încă dacă acestea sunt nevrotice, psihopatice sau psihotice. Doar analiza protocolului în ansamblu poate indica asta.

b) Fenomenele de șoc ne informează dacă există o *reprimare* a energiilor libidinale (eventual și agresive) sau o *convertire* a libidoului sau agresivității în *anxietate.*

α) șocul cromatic indică întotdeauna o reprimare a afectelor și este de aceea un semn general al nevrozelor. Fiecare șoc cromatic demonstrează existența unor mecanisme nevrotice (care pot apărea și la alte diagnostice principale, suplimentar, chiar și în psihoze!), dar nu orice nevroză trebuie să aibă un șoc cromatic; acesta lipsește însă foarte rar. Pe de altă parte, trebuie să remarcăm că șocul cromatic apare în forme mai ușoare la aproape toți indivizii normali ai civilizației noastre occidentale, în mod elocvent ca semn al „epocii nevrotice". Și Elfriede Höhn a putut (la al doilea congres Rorschach internațional) confirma această observație, iar doamna LOOSLI-USTERI a întâlnit în materialul ei de persoane normale doar patru protocoale fără nici un șoc[1].

Binder[2] vrea să considere doar șocul cromatic propriu zis, deci forma manifestă a stuporii active, drept tipică pentru nevroză, nu doar simpla fuga de culoare (evitarea culorilor) și formele „larvare" ale șocurilor cromatice (descrieri, evaziune înspre Dim, în fantastic, abstract, simbolic, etc.). Acestea se întâlnesc și în cazurile clinice evidente de nevroze, *bogate simptomatic*, cu disociere a reprezentărilor încărcate afectiv (formație complexuală). Dacă la aceasta adăugăm și nevrozele de caracter și cazurile excesiv de numeroase cu trăsături nevrotice ușoare, nu vom ajunge la o delimitare clară. Mecanismele nevrotice joacă un rol în patoplastia aproape tuturor stărilor de anormalitate psihică, de la cele mai ușoare nevroze de caracter până la cele mai grave psihoze, iar reprimări afective trebuie luate în considerare aproape la toate formele de șoc cromatic.

În ansamblu, ne putem orienta după regula lui Rorschach, aceea că șocul la culoare întâlnit la tipul de experiență extratensivă indică isterie, la cel intratensiv – neurastenie (respectiv pseudo-neurastenie) și psihastenie (cea din urmă nu este întotdeauna introversivă), iar la tipul de experiență ambivalent – compulsie.

La analizarea forței pulsiunii, trebuie să avem în vedere că „forța pulsiunii" nu se constată doar din amploarea cromaticului (în special la tipul dextrocolor), ci și ca o forță inhibată a pulsiunii în cazul relativei sărăcii cromatice și șocuri cromatice puternice sau alți

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Manuel practique du Test Rorschach, Paris, 1958, p.158; ediția germană, p.131.

2 HANS BINDER, Die klinische Bedeutung des Rorschach'schen Versuchs, în „Pshychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch", Zürich, 1944, p.23/24.

indicatori ai anxietății[1]. O slăbire generală a pulsiunilor (care totuși nu este condiționată doar nevrotic, ci des – sau mai des – organic sau depresiv) se exprimă, după Piotrowski, într-un tip de rezonanță intimă coartată, G redus și A% ridicat[2].

β) dar mecanismul de reprimare/refulare nu domină, după cum am văzut, în toate formele de nevroză. El este cel mai evident în isterie (aici și șocul cromatic obișnuiește să fie cel mai puternic). In nevroza compulsivă, reprimarea lasă locul prim izolării, iar în fobie este reprimată doar reprezentarea obiectului și afectul este deplasat spre un obiect substitutiv. Simultan, afectul este convertit în opusul său, în anxietate, iar această anxietate persistă. Aproape peste tot, unde există anxietate manifestă, întâlnim și șocul la negru/obscur. (Dar și șocul la roșu ca șoc la sânge este legat de anxietate, la fel și șocul cromatic al fobicilor.). Dacă șocul cromatic este semnul general pentru reprimarea afectelor (în mod special a anxietății), atunci șocul la negru/obscur este cel mai general indicator al anxietății fobice, indiferent dacă tabloul este al unei fobii clasice sau dacă trăsăturile fobice sunt doar accesorii ca în cazul anumitor nevroze anancaste mixtate cu o psihopatie. În mod obișnuit, aceste conversiuni ale afectelor în anxietate preia energiile libidinale. Atunci când este vorba de energie agresivă, fie răspunsurile Dim se înmulțesc (la tipul de rezonanță intimă introversiv sau ambiegal), fie șocurile la negru/obscur apar de preferință sub forma descrierilor. Dar chiar și răspunsurile complexuale pot să arate o conversiune a agresiunii, de ex. la fobicii, care intereptează spre exemplu, un animal călcat de mașină la planșa VI.

γ) Pentru clasificarea mai exactă a unei nevroze sau a unei nevroze de caracter, și pentru analizarea relațiilor de putere în determinarea etiologică dintre constituție și influențele mediului, și așa-numita *distribuție a șocurilor* poate fi un ajutor semnificativ. La șoc cromatic + șoc la negru/obscur cu fenomenul de ruptură de la planșa VIII, avem de a face în cele mai multe cazuri cu o constituție psihastenică mai mult sau mai puțin manifestă. (Mai îndeaproape în capitolul următor despre psihastenie.) Șocul cromatic + șoc la negru/obscur, dar fără fenomen de rupere apare (cu precădere la tipul de rezonanță intimă extratensiv pronunțat) de obicei la o nevroză mixtă isteric-fobică fără o preponderență constituțională (perspective mai bune pentru psihoterapie). Doar acolo unde se manifestă multe simptome auxiliare de nesiguranță (vezi „psihastenie"), poate fi vorba și aici de o psihastenie clară. Combinația șoc cromatic + șoc la negru/obscur cu fenomenul de ruptură la planșa IV denotă aproape întotdeauna o nevroză isterică „autentică" (predominant condiționată de mediu) cu trăsături fobice (prognoză favorabilă pentru psihoterapie). Atunci când pe lângă șoc cromatic și la negru/obscur se întâlnește *dublul fenomen de ruptură* (la Pl. IV și VIII), adesea e vorba de o isterie sau o nevroză mixtă isteric-fobică pe fundal psihastenic.

Dacă pe lângă șocul cromatic și la negru/obscur există în acest sindrom și un șoc la roșu manifest (la Pl. II sau III), atunci trebuie să considerăm în general o sporire a proporției fobice în tabloul simptomatic. Oricum e valabil pentru toate sindroamele, că apariția mai multor sau mai puținor elemente de ruptură specifice sindromului psihoorganic, putem considera fundal psihastenic ca fiind de etiologie lezională.

1 OLOV GÄRDEERING, High C% in the Rorschach Test, Zeitschrift f. Diagn. Psych., Vol.II, 1954, p.142.
2 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p. 391.

Toate aceste reguli sunt doar reguli empirice, de o anumită probabilitate. Imaginea de ansamblu a protocolului este, ca întotdeauna, decisivă.

3. Simptomele de anxietate în testul Rorschach au fost compilate în 1933 de Zulliger[1]. La toate nevrozele se întâlnește anxietatea, dar poate fi legată/integrată în simptome și prin aceasta *latentă*, ca în isterie. Zulliger menționează următoarele simtome anxioase (pentru anxietate manifestă și latentă):

Prelungire a timpului de reacție,

Diminuare a numărului de răspunsuri,

Diminuare a interpretărilor G,

Creștere a Dd, Do, Dim,

Înclinație către tipul de percepere D-Dd-Dim, deseori și Do,

Diminuare a K-urilor și a răspunsurilor cromatice, coartare a tipului de rezonanță intimă,

Creștere ocazioanlă a CF,

Creștere a interpretărilor de Clob (de toate tipurile),

Apariția de KClob (apoi de cele mai multe ori idei de urmărire),

Creștere a A% și deseori și a Ban%,

Diminuare a H%,

Hd > H, la copiii inteligenți deseori și Ad > A,

Creștere a Obj.%, a Pl., la complex de inteligență chiar și a Anat.%,

Descreștere a Orig.+%, la cei inferior dotați, ocazional creștere a Orig.-,

Inversare a succesiunii în mijlocul experimentului; ea devine rigidă (la pedanți) sau relaxată până la dezintegrare (la confuzie),

Producerea de șocuri cromatice și/sau (în anxietatea manifestă) a șocurilor la negru/obscur

Refuz,

Evitare a sarcinii de interpretare in descrieri, vorbărie goală, accentuare a simetriei, neliniște din cauza lipsei simetriei.

La acestea se adaugă și căutarea simetriei (ZULLIGER, Bero, p.71) și simptomele specifice de nesiguranță: critica obiectului, răspunsuri alternative, răspunsuri interrogative sau negative, răspunsuri perspectivă. În fine, și conținutul este semnificativ (răspunsuri sânge, răspunsuri cu mutilări, anumite kinestezii de flexie, etc.).

După Oberholzer, anxietatea manifestă se manifestă de obicei atunci când pacientul produce la planșa II un șoc cromatic sau la roșu și interpreteaza apoi direct un CF sau un C pur (de cele mai multe ori sânge). Atunci când există simultan și un tip de rezonanță intimă introversivă, este vorba de anxietate paralizantă, panică, iar respectivul își pierde complet capul în situații de asemenea tip[2]. (Vezi mai îndeaproape la „Fobie".) Și șocul la negru/obscur este adesea un semn al fricii manifeste.

1 HANS ZULLIGER, Die Angst im Formdeutversuch nach Dr. Rorschach, Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, VII, 1933, p.418-420, apoi extinsă în: Der Tafeln-Z-Test, 2.Aufl. Bern, 1962, p.288-289.

2 HANS ZULLIGER, Der Zulliger-Tafeln-Test, 2.Aufl. Bern, 1962, p.80 și 192.

Testul permite de cele mai multe ori determinarea modului în care persoana reacționează. ZULLIGER (testul Z cu planșe, p. 256, 257) oferă următoarele reguli: dacă în afară de simptomele enumerate mai sus se întâlnesc și kinestezii de flexie, există la aceste persoane tendința de e se retrage din situația care îi provoacă anxietatea, o retragere din mediul înconjurător. Aceasta este reacția celor epuizați, sleiți (comparabil cu reflexul morții/ înlemnire, pietrificare, din anxietatea acută). Dacă dimpotrivă se întâlnesc kinestezii de extensie, există predispoziția spre fugă, dacă nu găsim semne directe ale agresivității; dacă protocolul nu conține în afară de kinesteziile de extensie și semne directe de agresivitate (CF, Dim crescut, conținut), atunci anxietatea este ferită de agresivitate. Dacă la acestea se adaugă și un șoc cromatic sau la negru/obscur, atunci agresivitatea se interiorizează, și generează trăsături masochiste.

În cele mai multe cazuri este foarte posibil să determinăm tipul de anxietate din test:

a) Anxietatea libidinală se poate exterioriza în toate simptomele de anxietate și este recognoscibilă prin aceea că apar mai multe C-uri pure în protocol (obstrucții de libido). Vezi mai jos la „nevroză anxioasă".

b) Anxietatea fobică are șocul la negru ca simptom central și pare să prefere o succesiune inversată, răspunsuri Do la un F+% bun, Dd-uri, Clob sau ClobF bune. În conținut se întâlnesc de cele mai multe ori sterotipii ale feței, fantome, monstri, animale sau semnificații de măști (grupa II).

c) Anxietatea de castrare (anxietatea de conștiință, anxietatea de pedeapsă, resentimentară) are preponderent răspunsuri Do la F+% bun, un K sporit, de obicei fără șoc la negru/obscur. (La compulsivii cu șoc la negru există de cele mai multe ori o mixtură fobică cu simptomele anacaste. În afară de acestea se mai întâlnește adesea la anxietatea de conștiință o creștere de Dd și Dim[1]. În conținut găsim deseori mutilări, uneori chiar în răspunsuri Do, de ex. un picior de lemn și un picior drept ca Do la prelungirile laterale ale planșei V, sau doar un picior „fără talpă" la cea mai groasă dintre cele două prelungiri.

4. Narcisismul unui nevrotic (deseori narcisism secundar predominant) nu este observabil direct prin testul Rorschach, ci doar indirect prin posturile psihice corelate cu acesta.

a) Fixații orală (vizibile în răspunsurile complexuale și manifestare puternică a factorului G, vezi p.60);

b) Infantilism general (răspunsuri infantile, inclusiv K-uri infantilie interpretări inverse, abstracțiuni infantile);

c) Factori de contact diminuați (FC, Ban, eventual și D) cu excepția H-urilor, care pot apărea și în narcisism, + kinestezii de flexie frecvente

d) Simultan egocentrism (CF, C), doar când și când tip de rezonanță intimă egocentric-extratensiv; foarte frecvent însă, narcisicii au un tip de experiență puternic introversiv.

e) Doar în cazuri foarte grosolane (perversiuni) se întâlnește un *indiciu direct* al narcisismului în interpretări în oglindă drept K-uri. Interpretările obișnuite în oglindă ca

1 Vezi și HANS ZULLIGER, Jugendliche Diebe im Rorschach-Formdeutversuch, Bern, 1938, p.164/165.

de ex. ursul cu stâncile la planșa VIII, care se oglindește în apă, exprimă numai simetria și nu aparțin în general de acestea. (Deși *mai multe* interpretări în oglindă creează suspiciune cu privire la narcisism.) La aceste interpretări narcisice în oglindă, oglindirea se află deseori exact în axa de simetrie, de ex. negrul din partea superioară din planșa VI: „bărbat care se oglindește în asfalt umed".

În narcisismul asociat cu observare ipohondriacă de sine apar și răspunsuri anatomice sporite.

5. Agresivitatea crescută a nevroticilor se evidențiază în principal în numărul mărit al răspunsurilor Dim și poate apărea în trei forme. La tipul de rezonanță intimă *introversiv*, Dim-urile sunt un semn al *agresiunii introiectate*, adică nesiguranță și neîncredere în sine, dubiu și capriciozitate, sau (după cum spunea Rorschach) „un amestec de flegmatism și ascetism" (p.198), dar mai ales al unui sentiment de insuficiență. La tipul de rezonanță intimă *extratensiv*, agresivitatea este îndreptată *spre în afară*, manifestă sub formă de sfidare, încăpățânare, înclinație către polemică și discuții în contradictoriu ori cârcoteală. La tipul de rezonanță intimă *ambiegal*, agresivitatea se îndreaptă în *ambele direcții*, și rezultatul este dubiul etern și scepticismul, indecizia, ambivalența afectivă, compulsia spre temeinicie și perfecțiune, dependență, ruminație, întoarcerea lucrurilor pe toate fețele, colecționarism și aspirație spre completitudine. Dar și la tipul „ne-pur" de rezonanță intimă introversivă sau extratensivă trebuie luate în considerare mereu ambele părți. Ca regulă empirică aproximativă poate fi valabilă următoarea: la tipul de rezonanță intimă predominant extratensiv (aproximativ 6:3) sentimentul de inferioritate este mai conștient și nevoia de prestigiu inconștientă, la tipul predominant introversiv (aprox. 3:6) mai mult nevoia de prestigiu și dependența sunt conștiente, iar sentimentul de inferioritate inconștient.

Sfidarea de tip nevrotic se manifestă doar dacă la Dim crescut și la tip de rezonanță intimă extratensiv, culorile sunt *predominant labile* (tip dextrocolor). La valori cromatice stabile (tip sinistrocolor) și o sporire moderată a Dim-urilor este vorba despre o postură de opoziție fundamentată, factuală și ideologică, ca de ex. în exemplul 2 pe care l-am oferit (al profesoarei), la care, între DimG-uri este chiar și un Gim. În asemenea cazuri nu este vorba despre o nevroză.

Există însă tipuri de nevroze cu înmulțirea Dim-urilor și valori stabile de culori (tip sinistrocolor). Aici apare o înmulțire uneori exorbitantă a Dim-urilor, asociat cu un tip de rezonanță intimă puternic extratensiv (vezi exemplul nr.17). Aceste nevroze, care apar foarte des în Scandinavia, sunt dificil de înțeles din vechea teorie a nevrozelor, deoarece la acestea dezvoltarea libidinală nu este tulburată deloc sau nu în mod esențial; dar dezvoltarea pulsiunilor agresive este tulburată. Aici există deci mai puține inhibiții ale libidoului decât inhibiții ale agresivității, cu urmările lor: depresie, jenă, inhibiții profesionale, etc. Dezvoltarea puternică a anxietății cu șoc cromatic, Do ș.a.m.d., poate proveni de asemenea dintr-o inhibiție a agresivității, fără ca Dim-urile să trebuiască să fie în număr foarte mare; atunci fie apar descrieri numeroase, fie conținutul interpretărilor este relevant (animale sfâșiate, care ciupesc sau înțeapă, fioroase, gheare, clești, tortură etc.). Înmulțirea Dim-urilor

și conținutul agresiv pot să se substituie reciproc. Simultan cu o multitudine de răspunsuri complexuale adesea nu se întâlnește și o înmulțire a Dim-urilor. Este ca și cum atunci când tendințele agresive s-au exprimat deja în conținut, nu mai au nevoie apoi de supapa Dim-urilor ca mijloc de expresie. Terapia pentru asemenea nevroze trebuie să se fie diferențiată corespunzător. Terapia catarctică (de ex. training autogen) și o detașare psihoterapeutică de energia agresivă sunt de elecție în aceste cazuri.

6. Mecanismele de defensă pot fi deduse în mare parte din protocolul Rorschach. Acestea pot fi deosebit de utile atunci când din ceilalți factori nevrotici ai testului nu se poate elabora un tablou clar despre tipul de nevroză. Exteriorizările în test ale mecanismelor de apărare ale unei persoane au fost studiate și descrise de Salomon și Schafer[1].

Rorschach știa deja că *reprimarea/refularea* se evidențiază prin șocul cromatic și din reducerea ocazională a răspunsurilor cromatice și/sau reprimarea de K. În plus, se manifestă și printr-o reducere a numărului de răspunsuri, o prelungire a timpului de reacție, prin refuzuri și uneori printr-o reducere a interpretărilor G și o creștere a celor Clob. – In cazul *izolării* întâlnim nu doar F+% mare, mulți Dd, Do și reducerea de G-uri a compulsivilor, ci și o fracturare a conexiunilor, fie prin pauze mari între interpretări, prin introducerea altor răspunsuri între două interpretări, printr-o conexiune asociativă, plus, în conținut, o preferință pentru obiecte, mașini, gheață, zăpadă, statui. – *Deplasarea* (în principal la fobici) este recunoscută printr-o înmulțire de Dd-uri, Hd-uri și interpretări de măști, iar în conținut prin animale amenințătoare, nefamiliare (deseori cu implicarea Clob) ca și prin descrieri de culoare și chiar „culori greșite“ (la deplasări ale afectelor). – Schafer a descoperit frecvent în cazul *formației reacționale împotriva agresivității* un număr mare de răspunsuri, mulți Dd și Dim, mulți FC și FClob față de puțini CF și ClobF, un F+% ridicat, iar în conținut răspunsuri agresive, dar și păpuși și papagali. Gärdebring[2] a observat frecvent în asemenea cazuri un Ban % ridicat (sau exclusiv Ban) la o forță simultană mare a pulsiunilor (vezi p.244). Chiar și ceea ce noi descriem la amfitimii (p.298) ca „evadarea în banalitate“ este doar un tip de formație reacțională, un caz special al acesteia.

Acestea sunt doar cele mai importante puncte privind problema mecanismelor de apărare. Alte detali sunt descrise în „Vademecumul“ meu.

1 FRITZ SALOMON, Diagnostik des mecanismes de defense dans le test Z individuel et colectif, RorschachianaV, Bern, 1959, p.290-293, și: Ich-Diagnostik im Zulliger-Test, Bern, 1962, p.125-158. – ROY SCHAFER, Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing, New York, 1954. Acolo SCHAFER utilizează altă tehnică, și anume în relație cu interpretările nuanțelor închise și deschise; descoperirea lui e folosită aici și în „Vademecum“ corespunzător cu metoda originală și sistemul BINDER.

2 OLOV GÄRDEBRING, High P% in the Rorschach test, Ztschr. F. Diagn. Psych., Vol.II, 1954, p.142.

II. Formele particulare de nevroză

1. Neurastenia. Între neurastenie și psihastenie există o intersecție fluentă. Brun definește psihastenia doar ca „simptome psihice primare ale neurasteniei". Riguros vorbind, în Rorschach este determinabilă doar psihastenia. Deși cu probabilitate destul de mare, se poate deduce neurastenia, atunci când în test apar următorii factori: un tip de rezonanță intimă introversiv cu kinestezii de flexie și existența simultană a sindromului psihastenic (vezi la „Psihopatii"). Cel mai adesea apare și o înmulțire a răspunsurilor anatomice (ca urmare a tendinței ipohondriace).

2. Nevroza anxioasă cu anxietatea sa liber flotantă își are cauzele, aproape întotdeauna, în excitarea sexuală frustrantă. (Stări similare se pot instala și după perioade prelungite de hiperventilație[1], dar aceasta nu se întâmplă spontan.) În tabloul Rorschach este uneori greu de stabilit clinic limita dintre nevroza anxioasă autentică și nevroza fobică, întrucât de cele mai multe ori este însoțită de o fobie secundară. În mod obișnuit, numai o parte a energiei anxietății este liberă, în timp ce restul este legată de simptome fobice sau de alt tip.

Ca regulă, în cazurile în care, în sindromul fobic apar mai multe C-uri pure (aglomerare de libido!), ades cu anxietate flotantă liberă, trebuie considerată o nevroză actuală autentică, cu atât mai mult atunci când nu apar stereotipii de față și apar puține sau chiar deloc răspunsuri complexuale în protocol. (Vezi exemplul nr.9.)

3. Fobia. Nevrozele fobice apar ca și cele anancaste pe fundalul unei constituții psihastenice, dar pot fsă se exteriorizeze foarte diferit. În funcție de forța acestui fundal constituțional evaluăm perspectivele de vindecare. In cazul unor determinări moderatede către factorii constituționali, psihoterapia are perspective bune, la o determinare slabă (predominanța psihogenezei) chiar foarte bune, în timp ce la predominanța puternică a componentelor constituționale, psihoterapia nu are cele mai bune șanse. Testul Rorschach devine un foarte bun ajutor pentru diagnosticul fobiilor, întrucât permite aproape de fiecare dată formarea unui tablou corect al relațiilor dintre intensitatea fundamentelor constituționale și psihogeneză.

La determinarea moderată a fundalului psihastenic, sindromul Rorschach al fobiei are următorul aspect: șocul cromatic are o pondere mare în planșa II și /sau III, unde apar aproape întotdeauna interpretări de sânge. Acestea pot fi manifeste sau latente (ca de ex. „menstruație", „șoarece călcat de mașină"). Uneori în locul șocului cromatic se află șocul la roșu simplu. Șocul simultan la negru/obscur nu duce în această formă moderată la fenomenul de rupere de la planșa VIII. În coloana determinanților apar aproape regulat mai mulți ClobF, percepuți uneori ca Do, iar în conținut domină aproape întotdeauna interpretările de Hd și H. Aceasta se trage de la stereotipiiile de fețe frecvente. Expresii ale dificultății de semnificare, precum accentuarea simetriei și iluziile de asemănare, apar, ambele, bine individualizate. Nu rareori întâlnim răspunsuri complexuale, de cele mai multe ori fețe

1 GUSTAV HEYER, Das körperlich-seelische Zusammenwirkung in den Lebensvorgängen, München, 1925, p.15.

amenințătoare, diavoli[1], animale sălbatice, spectre înfiorătoare, etc. și interpretări de măști de grupa a II-a, ocazional și interpretări de ochi (mai ales la anxietatea de relație). Numai acolo unde în etiologie, inhibarea agresivității joacă un rol important sau chair primordial, acolo unde, deci, anxietatea reprezintă în mare parte energie agresivă convertită, apar în locul acestor răspunsuri complexuale amenințătoare imagini de-a dreptul sadice. Răspunsuri tipice sunt de ex. „pisică călcată de compresor" sau alte asemenea la planșa VI sau mai sus amintitul „șoarece călcat de mașină", înjumătatea de sus a planșei II .

În prezența puternică a funadalului psihastenic poate apărea totuși fenomanul de rupere de la planșa VIII. Din fericire însă, în fobiile „pure" acest fapt este oarecum rar. (Alta este situația în cazurile în care simptomele fobice sunt un tip secundar pur, ca la multi anancaști) – Când nu există nici un fundal constituțional notabil, șocul la negru/obscur poate chiar lipsi. Atunci fobia este în întregime psihogenă și oarecum monosimptomatică (de ex. anxietate de examene). Asemenea cazuri au o prognoză bună și sunt cazuri recunoscătoare psihoterapiei.

Simptome fobice (anxietate situațională) pot apărea la diferite tipuri de rezonanță intimă. Dacă tipul de rezonanță intimă este introversiv, întâlnim mai sus amintita „anxietate panică" (Oberholzer); aceste cazuri prezintă de obicei fenomenul de rupere de la pl. VIII și pot fi trecute în rândul celor de fundal psihastenic. La tipul de rezonanță ambiegal este mai degrabă vorba de compulsii cu fobii secundare. Și aici trebuie luat ades în considerare un fundal psihastenic (la fenomenul de rupere pl. VIII). Dacă tipul de rezonanță intimă este evident extratensiv, este vorba despre fobii în sensul fazei terminale a isteriei anxioase -sensu FREUD-, adică anxietate fobică manifestă cu deplasare spre substit, deseori (și anume la șoc puternic cromatic simultan la pl. VIII-X) pe lângă anxietate legată de simptomul convertit (echivalente ale fricii ca transpirația, diareea, urinarea în pat, vomă, etc. fără afecte anxioase). În ultimele cazuri amintite, nevrozele mixte isteric-fobice, simptomul se poate schimba din forma fobică (de ex. anxietate de un loc) în cea isterică (de ex. amețeală) și invers.

Esențialul sindroamelor fobice este așadar centrarea puternică a șocului cromatic sau un șoc pur la roșu la planșa II și (sau) III pe interpretare de sânge manifestă sau latentă. Și interpretările de ClobF par să apară relativ regulat. Totul, în rest, este auxiliar.

4. Isteria este cunoscută drept cea mai „clasică" formă de nevroză și după sindromul său Rorschach. Ea constă esențialmente dintr-o combinație între tipul de rezonanță intimă extratensiv cu semne de coartare, șoc cromatic și tip dextrocolor și predominanța CF și C. Această contradicție între a fi fermecat de culori și respingerea lor în șoc este o expresie a ambivalenței afective isterice. Contactul afectiv al istericilor est de regulă redus (puțini sau chiar nici un FC). Merei și Neiger au observat așa-numita „dramatizare a culorilor" la isterici (vezi cap.6, nr.54).

Dacă este posibil să deosebești în Rorschach cazurile „doar" nevroticie de cele psihopaticee (în sensul unei ancorări constituționale puternice), esta până acum o întrebare nerezolvată.

1 Asemenea interpretări cu diavoli au fost întâlnite și de ULF KRAGH în experimentele sale genetice cu tablouri asemănătoare cu TAT (Types of Pre-Cognitive Defensive Organization in a Tachistoscopic Experiment, J. of Proj. Techn., Vol.23, 1959, p.316.)

5. Compulsia este forma de nevroză la care ambivalenţa sentimentelor este crescută ceja constituţional şi domină întregul tablou. Aceasta reiese şi în testul Rorschach, unde nu numai că se întâlnesc deopotrivă valori cromatice labile asociate cu şocul cromatic, ci unde tipul de rezonanţă intimă total sau cu tendinţă ambiegală, scoate în evidenţă ambivalenţa. Deşi şi aici întâlnim o tendinţă de coartare: compulsivul nici nu „iese cu totul din el" nici nu „intră cu totul în el". După cum a observat Rorschach (p.112), compulsivii mai introversivi înclină către fantasmare compulsivă, ruminativă, cei mai extratensivi către acţiuni compulsive (mişcări rituale compulsive), iar cei ambiegali către scepticism şi pedanterie. Şocul cromatic la nevrotici este fie corelat cu şocul la roşu, fie apare doar şocul la roşu, fără şoc cromatic si nu rareori combinat cu şocul la negru/obscur. Agresivitatea primar crescută, sadismul, compulsivilor se vede mai ales prin sporirea aproape regulată a Dim-urilor, dar şi prin înmulţirea considerabilă a Dd-urilor, reprezentanţii agresivităţii specific anale. Reprimarea spasmodică a ambivalenţei şi agresiunilor iese la iveală în F+% ridicat (deseori până la 100) şi în tendinţa către interpretări Do, în timp ce K-urile sunt rare, ca urmare a tendinţei de coartare (înţepenirea afectivităţii şi a rezonanţei kinestezice). De asemenea numărul de G este de obicei redus (tendinţă către depresie auxiliară ca urmare a inhibării agresivităţii). Succesiunea este fie foarte rigidă, fie relaxată; ordonată este arareori. Cei mai mulţi compulsivi dau predominant kinestezii de flexie iar răspunsurile lor complexuale nu rareori indică anxietate de castrare (răspunsuri cu mutilare). După Kauko K. Kaila[1], un tip de percepere normal şi apariţia de C pure infirmă o compulsie.

6. Cleptomania este un caz particular al compulsiei, în care furtul anumitor obiecte apare ca compulsie. Cleptomanul are în mod corespunzător un tip de rezonanţă intimă aproape ambiegal cu dominanţa laturii cromatice, dar de cele mai multe ori fără FC-uri[2]. În plus cleptomanul, care este un nevrotic, deci nu fură din lipsă de autocontrol, are ca simptom nuclear un şoc cromatic şi G-uri şi D-uri confabulatori[3].

Exemple pure de o anumită nevroză se întâlnesc clinic doar rar, după cum remarcă şi Klopfer şi Kelley (opus citat, p.392). De cele mai multe ori structurile diferitelor nevroze sunt amestecate. De accea nu a fost uşor să găsim exemple adecvate pentru a le ilustra. Am ales un exemplu necomplicat al unui caracter isteric fără simptome deosebite manifestate (cazul 10) şi o compulsie, pentru care nu există un diagnostic medical, ci o explorare foarte temeinică a unui psiholog format în psihologia abisală (cazul 11).

1 Kauko K. Kaila, Über den zwangneurotischen Symptomenkomplex, Copenhagen, 1949, p.207.

2 HANS ZULLIGER, Jugendliche Diebe im Rorschach-Fordeutversuch, Bern, 1938, p.71.

3 HANS ZULLIGER, Erscheinungsweisen und bedeutung des Farbschocks beim Rorschach'schen Formdeutversuch, Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, Bd.4, 1938, p.151.

C. Evaluarea răspunsurilor complexuale

În mare, diagnosticul Rorschach formal al nevrozelor reușește doar o clasificare aproximativă a nevrozelor. Dacă vrem să pătrundem mai adânc în structura fiecărui caz particular, trebuie să analizăm răspunsurile complexuale, care însă există doar într-un număr redus de cazuri.

Am mai spus că la interpretarea unui protocol Rorschach trebuie să plecăm întotdeauna de la formal. Asta nu înseamnă că trebuie să neglijăm conținutul. Și Rorschach, care era el însuși psihanalist, în prelucrarea ultimelor sale protocoale mai sumare a pus mare accent pe valorificarea psihologică de adâncime a conținutului. La aceasta ne ajută mai întâi așa-numitele răspunsuri complexuale. Folosim aici expresia într-un sens mai larg, și am putea să le numim mai exact *răspunsuri relevante prin conținut.*

Aici ajungem într-o zonă periculoasă. „Interesantul" din interpretarea conținutului a prins în capcană multe suflete slabe, a aruncat peste bord cotarea extenuantă și analiza formală a protocolului și a luat doar conținutul ca substitut al interpretării formale. Dacă „interpretul" dispune, așa cum se întâmplă de obicei din păcate, de cunoștințe insuficiente de psihologie abisală și de psihopatologie generală, și nu este nici el însuși analizat, rezultatul testului i se va potrivi mai mult lui decât celui examinat. Despre pericolul pe care îl prezintă asemenea analize de conținut găsiți mai multe vorbe înțelepte la Piotrowski (perceptanalysis, 1957, p.324-326).

Răspunsurile complexuale nu apar bineînțeles numai în nevroze. Se întâlnesc și la oameni practic sănătoși precum și în psihopatii și în psihoze. Chiar dacă tehnica descoperirii și analizării este în principiu aceeași, următoarele constructe sunt valabile pentru toate cazurile în care se găsesc astfel de răspunsuri.

I. Determinarea răspunsurilor complexuale

Răspunsurile complexuale se determină și se notează prima dată după determinarea fenomenelor speciale. Determinarea lor se poate realiza în primul rând prin mijloace formale. Doar în cazuri excepționale, atunci când conținutul unei interpretări conține indicii complexuale deosebit de evidente și explicite, trebuie consultate și răspunsurile formal ne-evidente. De conținut complexual sunt suspecte în primul rând toate răspunsurile originale și individuale, care sunt simultan și răspunsuri K sau C (toate subgrupele), ca și Dim F(C), care sunt de obicei concomitent și originale de percepere, ca și alte originale de percepere, din care DimG și anumite categorii de F-uri, mai ales KF, abstractiile și simbolurile, răspunsurile intersexuale, interpretările de defecte și anumite interpretări de ochi și în rest, doar în mod excepțional interpretări neevidente formal, dar evidente d.p.d.v. al conținutului.

De aceea se recomandă să procedăm inițial ca studentul sărac în restaurant care parcurge lista meniului cu degetul, se oprește la cel mai mic preț, apoi comandă heringul, care corespundea prețului. Vom parcurge deci ultima rubrică și la fiecare Orig. vom urmări dacă nu este un K, un răspuns cromatic, un Dim, F(C) sau un original de percepere și

abia apoi vom analiza ceva mai îndeaproape conținutul acestor răspunsuri. Dacă în acest mod am găsit cadrul răspunsurilor complexuale, vom relua toate răspunsurile încă o dată și atunci vom găsi ușor răspunsurile complexuale rămase. Această parcurgere în două etape are avantajul că poți cunoaște tema principală a conținutului complexual înainte de a te aventura să-ți spargi capul cu răspunsurile complexuale mai dubioase. Se ușurează astfel munca.

II. Felurile de răspunsuri complexuale

Evaluarea conținutului răspunsurilor complexuale depinde de specificul lor formal. Așa a susținut Rorschach și tot așa spune și Piotrowski[1]: „cea mai bună analiză de conținut este cea combinată cu o analiză formală".

1. K-urile-Orig. conțin de obicei o tendință inconștientă, o postură subsidiară de așteptare. Aceste răspunsuri sunt, după cum remarcă subtil Rorschach (p.207), întâmplări (das Gelebte), dar nu întotdeauna trăiri (das Erlebte). Repondenții exprimă o postură, un rol, pe care persoana îl joacă și în viață, deseori fără a ști. „Fată deasupra hăului [prăpastiei]" (vezi mai sus la „Cenzură") spune despre resimțirea amenințării morale a pericolelelor metropolei, dar cu siguranță doar cu idee foarte vagă despre motivele adevărate ale mișcărilor, acțiunilor și posturilor ei.

Uneori e posibil să dăm de urma evenimentelor reprimate astfel. Ca o curiozitate aș dori să fie menționat aici un caz, în care a fost posibil pentru prima dată, cu ajutorul testului Rorschach, să fie îndreptată suspiciunea privind o sarcină nedorită într-un anumit moment când pacienta își reprima întreaga experiență, afirmând cu cea mai bună credință medicului care o consulta că nu a avut niciodată de a face cu bărbați și oricum nu ar face ceva atât de „murdar" nici dacă ar fi căsătorită (!). Protocolul Rorschach reda tabloul unei depresii (din cauza căreia fusese internată), dar nici un alt punct de sprijin formal. Protocolul conținea însă patru răspunsuri originale, toate la planșa X, din care două erau evidente: pata închisă, maro din interiorul galbenului din mijloc era „fața unui copil" și prelungirea galbenului exterior (sus) era o „femeie îngenuncheată". (Detaliul amintește factual de faimoasa sculptură „Îngenuncheata" de Lehmbruck.) Acest original din urmă era un K și oferea cheia înțelegerii pacientei. Acolo se afla ea deznădăjduită în genunchi și se ruga (pacienta aparținea unei secte evlavioase), și din chipul copilului se putea deduce restul. Proba de urină era pozitivă, dar abia după mai multe săptămâni pacienta și-a reamintit evenimentele care duseseră la această sarcină.

Dar nu întotdeauna trăitul este inconștient. Există cazuri în care persoana știe foarte bine problemele sale, dar nu vrea să le dea atenție din rușine sau din alte considerente. Romane întregi despre căsnicii "princiare" nefericite, („nu se puteau împăca") etc. se pot citi din răspunsurile complexuale. Așa-numite „căderi nervoase" cu anamneză incompletă sunt deseori repertorii pentru asemenea răspunsuri complexuale. Un exemplu: o psihastenică

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.327.

sensibilă și nesigură pe sine, a cărei căsnicie era nefericită, din cauza impotenței soțului a fost internată în clinică din cauza fobiei față de instrumentele ascuțite și tăioase și din cauza gândurilor negre (să le facă rău copiilor ei). Bărbatul avusese mai devreme o criză nervoasă, când a decoperit că soția îi era infidelă. Soția crede însă că soțul nu știe nimic și *omite, trece sub tăcere* acest detaliu față de medic la început. În test interpretează la planșa III: „Ei, ce este aceasta? Arată ca doi care sunt uniți unul cu celălalt." Partea din mijloc a planșei V arată ca „doi care se plac", iar subsolul planșei VI sunt „umerii unui bărbat care își încheie halatul" (gri deschis). În timp ce ultimul răspunst indică o tendință de disimulare (a se înfășura, a se ascunde), celelalte două răspunsuri trădează o iubire secretă. Discuția relevă că pacienta nutrește o iubire secretă pentru un bărbat căsătorit, a cărei soție este bolnavă cronic și care o asaltează cu scrisori spunându-i că se va căsători cu ea mai târziu.

Uneori apar K-Orig. cu *mai multe* persoane, de ex. mamă și copil, tată și fiu, prinț și cerșetor, etc. Aceste răspunsuri sunt obținute prin *condensare*, și sunt interpretabile ca *dublă identificare*, de ex. o identificare cu mama *și* cu copilul, la infantilii efeminați. Și în cazurile în care identificarea cu una dintre figuri se suprimă - de ex. atunci când cineva care își inhibă agresivitatea interpretează întregul contur al planșei VI cu ambele prelungiri în poziția d ca pe un bărbat care triumfă asupra rivalului său învins (mica prelungire este brațul întins) -, nu se poate concluziona o identificare cu celălalt partener. (In exemplul nostru trebuie să luăm în considerare de ex. că impulsurile masochiste și sadice sunt de obicei unite în aceeași persoană.)

2. Răspunsurile originale cromatice sunt de obicei „traduse" ca *simboluri*, care trădează o *relație afectivă* cu un conținut latent. Cele mai frecvente răspunsuri de acest gen (adesea chiar non Orig.) sunt exploziile[1] și mai ales foc și fum, mai nou și "ciuperca" exploziilor atomice. Este evident că aceste răspunsuri exprimă labilitate și ambivalență a setimentelor. Mai specifică este interpretarea „inimă ruptă în două" în zona roșie a planșei II (CF Orig.), care a fost dat de o pacientă paranoidă, care se simțea urmărită de familia soțului ei și credea că se dorește să i se înstrăineze soțul. Și aici este evidentă relația semnificativă cu afectul central.

3. Răspunsurile Dim - F(C) (sau DimD - F(C)) surprind, după cum deja evidenția Rorschach (p.199/200), cel mai adesea *înpliniri ale dorințelor*. El ia răspunsurile arhitectonice tridimensionale (orașe, turnuri, temple, etc.) ca expresie a dorinței de stabilitate interioară mai mare care este proiectată în aceste construcții. Asemenea răspunsuri sunt mai ușor de citit la copii, ca atunci când un băiețel interpretează figura intermaculară mică de deasupra zonei de confluență al planșei VII cu părți gri ca „aviator": copilașul visează zi și noapte să devină pilot. Mai puțin distinct este răspunsul frecvent pentru figura mediană intermaculară din planșa II, care împreună cu vârful negru, este interpretată drept „carafă cu capac". Uneori este interpretată ca „iubire pentru sticlă" la oamenii care beau cu plăcere un păhărel; când închiderea sticlei cu dopul este însă scoasă în evidență foarte tare, poate de

1 PIOTROWSKI (Perceptanalysis, 1957, p.236) consideră răspunsurile cu explozii ca expresie a viselor unei eliberări puternice din limitele emoționale, în special la tineri, care aspiră la „libertate" fără a fi însă pregătiți să trăiască în mod deplin responsabil.

asemenea fi vorba foarte bine despre dorința unui băutor de a-și limita pasiunea (dorință, i-ar plăcea să îi fie închisă sticla). Pentru prognostic, aceasta ar fi de mare însemnătate. Trebuie însă să fim puțin prevăzători la interpretarea unor asemenea răspunsuri.

4. DimG se află pe o poziție specială, după cum am văzut indică de obicei conflicte cu mediul. Dacă răspunsurile complexuale K indică *actele*, răspunsurile complexuale cromatice *sentimentele, trăirile*, Dim F(C) *dorințele*, putem spune că DimG indică *temerile*. Din conținutul acestor răspunsuri putem înțelege din ce *zonă* sunt percepute difiultățile mediului. În mod normal este vorba despre o „*situație presantă*", o expresie a lui Sjöbring, prin care înțelege o situație conflictuală cronică. Vom da câteva exemeple verificate: planșa II: „décor de teatru cu grotă" = conflict al fiicei cu mama; planșa Bero VII în poziția c: „fața unui rus cu căciulă de blană și decorații (cocarde) (figura intermaculară de sus)" = conflict cu superiorul (în uniformă) la un angajat al poliției; planșa Bero VII: „introitus vaginae cu bucăți rupte de himen (sus), care au rămas în plus" = dificultăți de adaptare sexuală ale unui bărbat care s-a despărțit de curând de soția sa; planșa Bero VIII: „figură de desene animate cu cap (gri), brațe (roșu) și picioare mici (maro), stă ca o gorilă" = sentimente de inferioritate ale unui bărbat din cauza aspectului său (răspunsul este concomitent și K!) și a hainelor sale, resentiment din cauza poziției sociale, care nu îi permite o îmbrăcăminte elegantă planșa Ro II: „secțiune printr-un uter" = probleme de pubertate ale unei schizoide înzestrate.

Procedeul se poate aplica în general numai când răspunsurile DimG sunt Gim în sensul lui Zulliger (răspunsurile Gim au un conținut mai mult neutru,factual) și necesită anumite cunoștințe despre contextual vieții persoanei. Chiar dacă avem cunoștințe temeinice de psihlogie abisală, în special de simbolistică psihanalitică trebuie să procedăm cu cea mai mare atenție. Nu întotdeauna reușim să găsim rezolvarea corectă. La interpretările de măști din grupa I metoda este în mod obișnuit neaplicabilă.

5. Pentru răspunsurile complexuale din *categoria* F nu se pot stabili niște reguli generale de interpretare. În mod obișnuit interpretările F nu sunt complexuale, întrucât sunt conștiente și obiective. Doar în unele cazuri excepționale se găsesc și aici conținuturi complexuale. Rorschach menționează (p.210) *scheletele*, *grămezile de oase* și alte asemenea ca eflux al unui sentiment de gol interior, pustiire și răceală, iar ambalajele, *deghizările* sau mascaradele ca pe un semn al unei tendințe de disimulare, ca disimulare a unor conținuturi afective. *Abstracțiile* au după Rorschach (p.214) o poziție medie între răspunsurile K și răspunsurile cromatice, „între postura inconștientă de așteptare și scopurile inconștiente, profund afective, ale inconștientului". În cazul abstracțiilor și simbolurilor reținerea este bună. Nu tot ce pare un simbol și ar putea fi un simbol este întotdeauna cu adevărat un simbol. Ne gândim la ce a spus Siegfried Bernfeld în batjocură: „zepelinul nu este doar un simbol al falusului, ci se poate chiar zbura cu el până în America!". Și nu orice simbolizare se leagă de un conflict nevrotic[1].

Un rol deosebit îl au răspunsurile formă, care sunt simultan și K, deci prezintă mișcări antropomorfe ale unor animale ne-antropomorfe (fără ca acestea să fie antropomorfizate ca

1 ULRICH MOSER, Grundlagen projektiver Testverfahren (Prelegere 1965).

cele din desene animate). Din aceste răspunsuri putem citi uneori, după cum am amintit (capitolul 6), atitudini inconștiente profunde. În lumina giumbușlucurilor care s-au practicat în ultimii ani cu aceste răspunsuri, trebuie să reamintim aici marea prudență.

Mai importantă este o altă categorie de răspunsuri complexuale, care uneori sunt K, alteori însă sunt pur și simplu răspunsuri formă. Ne referim la răspunsurile care trădează o anume *identificare sexuală deficitară*, deci atitudini inconștiente intersexuale, feminisme la bărbați și masculinisme la femei. Putem diferenția aici trei grade: 1. Cele mai valorificabile sunt răspunsurile complexuale „androgine", ca femei cu barbă, bărbați cu sâni și alte asemenea.

2. avem apoi „*interpretări sexuale hermafrodite*", adică sunt interpretate organe genitale masculine în detaliu, dar în ansamblu sunt văzute feminin (de ex.vârf IV, mijloc VII) sau invers organe sexuale feminine ca masculine (de ex. vârf II). 3. Cele mai slab valorificabile r răspunsuri complexuale sunt originale K care sunt de sex opus celui al persoanei. În aceste cazuri nu trebuie să interpetăm totul prea „sălbatic". Aceste originale K feminine la un bărbat (și invers) *pot* să se bazeze pe identificări eronate, dar nu *trebuie*.

Am amintit deja la compulsie că așa-numitele interpretări de defecte au un caracter complexual, și anume exprimă de obicei un complex de castrare. Aici doar trebuie să mai adăugăm că după Friedmann[1], ființele, organele sau obiectele cu defecte apar ca D sau Dd („femeie cu brațele mutilate", „cavitate toracică sfâșiată", „nas spart") deseori la bolnavii organici, ca și faptul că răspunsurile cu defecte cu caracter motric („cerșetor șchiopătând") au fost observate de el în tulburările de climax precum și la cei cu traumatisme cerebrale.

Ca o grupă deosebită de răspunsuri formă cu conținut complexual ar mai fi de amintit un tip de interpretare de ochi puțin observat până acum. Acesta este cel cu ochii îndreptați frontal, care se uită la privitor „cu reproș", „supărați", sau „cu dușmănie", deseori sub formă de interpretări de măști. Acestea indică un sentiment de "a se simți observat, urmărit" o senzitivitate deosebită în relația cu oamenii, și trebuie interpretate aproape întotdeauna ca răspunsuri complexualuale paranoide, din care rezultă teama de urmărire. Această teamă originară a conștiinței, care în starea paranoidă este proiectată și în afară apare cel mai adesea la personalități schizoide cu sau fără caracter compulsiv, sau ocazional și în nevrozele fobice. În cazurile schizoidiei paranoide se întâlnesc și o serie de alte simptome schizoide în același protocol (vezi capitolul 12). Chiar singure, astfel de interpetări de ochi duc la suspiciunea auto-observației paranoide și a ideilor prevalente de urmăritre. Aceeași valoare o are, așa cum au atenționat mai întâi F. MEREI și mai apoi Beck[2] și Zulliger[3], apariția frecventă chair și a unor semnificări „obișnuite" de ochi, deseori doar ca accentuare a unor detalii minuscule în interiorul feței umane sau animale mai ales atunci când, în afară de ochi, nu a mai fost evidențiat nici un alt detaliu al feței.

De amintit sunt si răspunsuri negate și mai ales de K-urile reprimate, care ilustrează răspunsuri de compromis specific în conflictul dintre intelect și afect (vezi capitolul 6).

---

1 ADOLF FRIEDMANN, Bemerkungen zu Rorschach's Psychodiagnostik, Rorschachiana II, Bern, 1947, p.63.

2 SAMUEL L. BECK, Rorschach's Test III, Advance in interpretation, New York, 1952, p.128.

3 HANS ZULLIGER, Der Zulliger-Tafeln-Test, 2.Aufl., Bern, 1962, p.77 și 239.

În plus, la răspunsurile formă trebuie să fim atenți la împodobirea, ornarea răspunsurilor și la precizările de detaliu, mai ales la originalele de procesare. Dar chiar și un răspuns care nu este grozav de original, ne poate oferi indicii valoroase. Astfel, o persoană cu probleme orale interpretează doi câini cu un os de găină în gură, pe care îl rod, la planșa Bero II, în timp ce o altă persoană claustrofobă dă răspunsul: „cei doi câini stau în fața porții unei grădini, întristați, pentru că nu pot ieși afară."

6. În final trebuie să precizăm că există răspunsuri complexuale care nu pot fi identificate. Doar prin cunoașterea profundă a persosnei și a trecutului său se poate dezlega caracterul complexual al răspunsului. Așa de exemplu un călugăr a interpretat un detaliu drept o regiune anume din Franța, deci un răspuns geografic total „inofensiv". S-a dovedit însă că acel călugăr, un convertit, și-a depus acolo prima dată jurămintele de călugăr. Atunci a devenit inteligibilă prima dată întreaga legătură, prin corelarea răspunsurilor sale precedente și a celor ulterioare, dar care fără cunoștințele despre viața sa ar fi rămas comple ininteligible, după cum nici nu ar fi putut fi recunoscut acest răspuns ca răspuns complexual.

III. Conținutul răspunsurilor complexuale

Până acum a fost vorba despre conținutul răspunsurilor complexuale doar în raport cu caracteristica lor formală și cu modul de evaluare a lor. Ce categorii de conținuturi găsim însă *în general* în răspunsurile complexuale? În mare putem diferenția trei categorii principale: fixația, indentificările și conflictele actuale. Trebuie să remarcăm că înțelesul latent al răspunsurilor complexuale nu poate fi dezlegat fără explicații suplimentare[1].

1. Fixația pe fazele pregenitale (orală, anală) sau pe faza falică ca și anumite pulsiuni parțiale izolate (răspunsuri sadice, masochiste sau exhibiționiste) sunt cel mai frecvent tip.

Răspunsuri complexuale orale pot fi dinți, mușcături, guri sau alte asemenea, dar foarte frecvent și Hd sub formă kinestezică (K), de ex. fețe cu limba scoasă, care scuipă, suflă, deschid gura, etc., sau chair trahee de animal deschisă. Deseori sunt răspunsuri complexuale orale și sticlele, băuturile, oamenii și animalele care beau, etc. și bineînțeles toate răspunsurile cu conținut de mâncare. Și sânii de femeie sunt înțeleși deseori ca răspunsuri complexuale orale.

La fel, răspunsurile complexuale anale nu produc în general mari dificultăți. Bineînțeles că excrementele aparțin aici, animale care „își fac nevoile" și alte asemenea și mai ales interpretări de anus. Acestea sunt oferite nu rareori în mod specific ca alternativă la interpretări ale organelor genitale (de ex. la planșa VII mijloc: „organul feminin sau anus", uneori chiar într-un mod înșelător: „anusul unei femei"). Și interpretările de oameni și animale care „sunt văzuți din spate" pot fi văzute ca răspunsuri anale.

În timp ce numeroasele interpretări despre penis și vagin trebuie privite ca interpetări genitale, rarele interpetări specific falice, în sensul unei fixații asupra fazei falic-sadice sunt

1 FRITZ SALOMON, Fixations, regression et homosexualite dans les testes de type Rorschach, Revue Francaise de Psychanalyse, 1959, p.259.

de cele mai multe ori reprezentări simbolice de înțepare sau perforatoare (perforări, injecții, uneori și termometru).

Răspunsurile sadice complexuale sunt de obicei recognoscibile imediat. Sunt scene de război, oameni sau animale decapitate (ceea ce poate însemna de asemenea anxietate de castrare), oponentul câștigător mai sus amintit, animalele strivite sau sfâșiate, clești, foarfece și instrumente asemănătoare etc. (Despre animale szdrobite vezi și p.65/66.) Piotrovski[1] crede că doar K-urile agresive lasă să se înțeleagă ceva despre tendința agresivă a persoanei supuse testului. Conținutul agresiv în răspunsurile F (cuțit, săbii, clește, etc.) indică numai o postură de expectație a persoanei, că altcineva ar putea să se poarte agresiv cu ea.

Ceva mai dificil de recunoscut sunt răspunsurile masochiste. Nu întotdeauna sunt atât de elocvente: „îngenuncheat cu capul retezat" la planșa II în poziția c. Foarte multe kinestezii de flexie (personaje încovoiate, slăbite, prăbușite, etc.) fac parte dintre acestea. (Chiar și „îngenuncheatul cu capul retezat" este un astfel de răspuns.)

Suspecte de *exhibiționism* sunt răspunsurile genitale în cadrul sindromului narcisic, dar și răspunsuri ca „doamne cărora vântul le ridică fustele" (atunci când este interpretată de o femeie), ori deja amintitul „morcov care iese invers din pământ" sau (tipic pentru *exhibiționismul psihiologic*) „un craniu deschis în care se poate privi" (roșul de la planșa IX) sau „iepuraș care ține cu ambele lăbuțe un lornion în fața ochilor" (verde mijloc planșa X).

Răspunsurile complexuale homosexuale au fost deja discutate la „identificare sexuală deficitară". Un răspuns K de tipul „două fete care se sărută" etc. nu oferă greutăți prea mari de obicei. La homosexualitatea manifestă se adaugă conflictele cu mediul (de ex. bărbații din planșa III au slip, o interpretare DimG).

2. Identificările sunt aproape întotdeauna K-uri și au fost discutate deja detaliat. Ele ne oferă concluzii privind situația familială și a copilăriei pacientului, așa cum le-a trăit el, și explică prin aceasta anumite trăsături de caracter. Identificările cu sexul opus sunt bineînțeles importante.

3. Conflictele actuale sunt direct vizibile din anumite răspunsuri K, precum și din răspunsurile-dorință (cromatice) și din DimG (fricțiuni cu mediul, situații de presiune). Acestea devin lizibile indirect și din răspunsurile cromatice originale, care oglindesc o resuscitare a viselor afective vechi, față de care conflictele actuale și-au dobândit semnificația patogenă. Răspunsurile negate și K-urile reprimae surprind, ca să spunem așa, conflicte *devenite* din nou actuale.

IV. Gruparea răspunsurilor complexuale şi seriile

După ce răspunsurile complexuale sunt identificate și conținutul lor este analizat mai îndeaproape, atunci când acestea sunt în număr mare, trebuie să fie grupate și compilate în funcție de conținut, de ex. toate cele orale, toate anale, toate homosexuale, etc. Aceasta facilitează perspectiva de ansamblu și determinarea corectă a structurii nevrozei. In primul

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.333/334.

rând, devine astfel evident dacă și unde anume o temă se repetă. Tocmai aceste K-uri originale repetate ușurează interpetarea și dau încredere mai mare.

Vom face și observația că mai multe răspunsuri complexuale, care apar în serie indică adesea o povestire, progresiv. Așa spre ex., o doctoriță necăsătorită interpretează la planșa Bero VI mai întâi: „o perosană care cară un pacient în brațe" (negru, mijloc) apoi: „o imagine gravată în fundal și în mijloc o persoană care vine pentru a aduce ofrande" (G) apoi: „o morsă care sare în apă cu labele deschise" (negru, mijloc) (fantasmă de naștere) și apoi: „o madonă gotică" ca interpretare a dorințelor (intermacular). Deci: în meserie trebuie să faci sacrificii pentru pacienți, și atunci nu mai există posibilitatea de a-ți întemeia o familie. – Mai ales paranoicii pot povesti romane întregi despre rolul lor profetic în această lume degradată. În cazuri foarte rare se întâmplă ca întregul test să reprezinte o poveste coerentă. Trebuie să ne ferim însă de concluzii precipitate și de „fantasmarea" în interpretări.

D. Nevrozele de caracter

Nevrozele de caracer au fost până acum destul de puțin cercetate sistematic. Aceasta se trage parțial din faptul că pentru nevrozele de caracter este în general valabil ce am spus mai sus la generalități despre nevroze, anume că se întâlnesc rareori în formă „pură". În afară de asta, multe nevroze de caracter, anterior fobii, foarte puternic prelucrate, de aceea foarte de greu de diagnosticat atât clinic cât și prin metoda Rorschach. Astfel de protocoale sunt de apanajul unui seminar Rorschach pentru avansați și este aproape imposibil să stabilim reguli generale pentru interpretarea lor.

Deși ultimul cuvânt depre diagnosticul Rorschach al nevrozelor de caracter nu a fost încă spus, vrem să facem măcar câteva remarci răzlețe despre tipurile particulare de nevroze de caracter.

I. Caracterul pulsional în sensul lui ALEXANDER și REICH este relativ rar. Unele cazuri din clinică ale căror tablouri au fost denumite „hipererotism" se încadrează aici. Nimfomania apărută din invidia penisului manifestă toate trăsăturile esențiale ale caracterului pulsional, în primul rând activarea pulsiunilor în slujba defensei.

Trăsăturile esențiale ale tabloului Rorschach al caracterului pulsional par să fie *atracția la roșu* (de cele mai multe ori cu *interpetări de hrană*), o anumită *atracție a culorii* și relativ mulți *CF și C*, la *puțini Dim sau chiar nici unul* (vezi comunicarea citată deja a lui Schneider „O cercetare diagnostică etc.", Zeitschrift für Neurosen, 1937, p.7). Toți acești factori au împreună o poziție favorabilă față de pulsiuni și față de propria afectivitate. În principiu și timpul mediu de reacție pare să fie prescurtat, mai ales la planșele colorate. (Într-un caz am găsit de ex. 0,62 pentru toate, 0,75 pentru cele negre, 0,64 pentru cele roșu cu negru și 0,44 pentru cele colorate; toate cifrele sunt minute pe răspuns.) La femeile nimfomane, în afară de identificările cu bărabți, și răspunsurile complexuale care vădesc invidia față de penis, par să joace un rol (simboluri copioase ale penisului și răspunsuri, care simbolizau cifra 3).

Diagnosticul diferențial față de psihopatia antisocială constă în aceea că la caracterul pulsional *Dim nu sunt sporite* ca la antisociali, și alături de neliniște există aici în general factori de frânare.

Opus caracterului pulsional ar fi blindarea (armura) nevrotică, anume caracterul compulsiv.

II. Caracterul isteric este foarte dificil de delimitat de nevroza isterică. Și în tabloul Rorschach există o trecere fluidă. Probabil că răspunsurile K sunt ceva mai multe și există o variabilitate mai mare (A% redus). Dacă nu există simptome de conversie manifeste, atunci și valorile cromatice labile sunt ceva mai reduse. Dar chiar și acolo unde valorile se apropie cantitativ de normal, caracterul isteric se dă de gol adesea la femei prin stupoarea la simbolul sexual masculin (anxietate genitală) iar la bărbați prin identificări feminine în K-urile originale.

III. Caracterul compulsiv

1. În general, și caracterul compulsiv este diferențiat de nevroza compulsivă doar cantitativ. Tipul de rezonanță intimă este la fiecare grupă ambiegal, dar mai coartat (valori între 1-2 față de 3-5 și mai mult la nevroza compulsivă), valorile cromatice sunt mai puțin labile, și numărul absolut de Dim și Dd este ceva mai redus (la o valoare încă relativ mari). Structura este identică cu cea a nevrozei compulsive, doar tensiunea ambivalenței este mai redusă, tabloul este mai sărac în simptome. Sunt de obicei oameni rigizi, seci și corecți.

Există însă și un alt tip de caracter compulsiv, care cuprinde trăsături orale mai puternice. Acest caracter are un tip de rezonanță predominant, sau pur introversiv, în timp ce Dim și Dd sunt sporite și pot apărea chiar și Do. Aceste tipuri au de obicei și răspunsuri complexuale oral-sadice (dinți, zgârieturi de animale, etc.). Înțelegem astfel tipul introtensiv de rezonanță intimă în această corelație, dacă ne amintim că introversiunea poate apărea fie din tendința de retenție anală, fie din deplasarea la nivel intelectual a dorinței copilărești de a suge, „absorbind“ astfel cunoștințe[1]. La aceste tipuri se întâlnește și o dispoziție depresivă din cauza inhibiției agresiunii.

Șocul cromatic este uneori întârziat la caracterele compulsive (fără să existe nepărat un șoc la negru/obscur) și uneori apare numai în forma reținerii față de roșu (preferință pentru albastru și verde) (Zulliger, Testul Bero, p.64).

2. *Caracterul anal retentiv* este o formă a caracterului compulsiv, la care, dintre trăsăturile anale (pedanteria, obstinența, economia), numai tendințele de reținere (economie, zgârcenie și pozițiile spirituale corespunzătoare) sunt dezvoltate manifest și devin o a doua natură. Tabloul Rorschach al oamenilor de acest tip poate să aibă uneori trăsături deosebite.

Tipul de rezonanță intimă este și aici fie ambiegal fie introtensiv dar cu o anumită reprimare a K-urilor (inhibare a producției). (Valori extraordinar de ridicate ale lui K indică aproape întotdeauna un impact oral.) Șocul color poate fi slab sau întârziat. Se manifestă

---

1 KARL ABRAHAM, Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung, Vien, 1925, p.19 și 49.

o retragere anxioasă generală, productivitatea este redusă, de unde și numărul submediu de răspunsuri. La concomitenta ambiție a calității, tipul de percepere se apropie de tipul G+/-.

De obicei însă ajunge doar un tip G±, prin refuzul acestor oameni, de-a oferi ceva elaborat, astfel că F-, răspunsuri formă nedeterminată sunt frecvențe („scheletul unui animal", „un obiect secționat"). Și răspunsurile Do și ClobF pot apărea ca în cazul oricărei anxietăți inhibitoare. La această hiper-precauție nivelul de performanță scade, F+% este oarecum redus (ceea ce, de altfel, la caracterele compulsive se întâmplă rareori), chiar din cauza F- imprecise sau nedeterminate și apar interpretări anatomice proaste. Timpul de reacție este de cele mai multe ori aici prelungit (persoana stă și „ezită"), ceea ce corespunde de obicei stării premergătoare depresiei (ușoare). Tipică aici este și accentuarea simetriei, corespunzătoare caracterului anal „nevoii de simetrie" frecvente (ABRAHAM, op.cit., p.29). Critica, cârcotășia agresivă (Dd, Dim) pare să treacă uneori în fundal. Lipsește însă rareori total. Aș vrea să mai adaug aici n mod expres că numărul crescut de Dim, în cazul caracterului compulsiv nu este doar un semn al tensiunii agresive puternice, al sadismului anal, ci și o expresie directă a „inclinației anale de a se ocupa de dosul lucrurilor"[1], de a face totul altfel decât ceilalți oameni. Rorschach a știut totul foarte bine atunci când, la analiza unui compulsiv (p.146), spune despre Dim-uri că sunt „expresia unei poziții energic-opoziționale, care presupune să găsești plăcere în a identifica punctele de vedere ale lucrurilor care au fost trecute cu vederea". Sau când (p. 199) vorbește despre obstinație, „de-a privi lucrurile pe toate părțile, de-a nu trece cu vederea reversul medaliei". În final este de remarcat că lipsa contactului analului, în cazul caracterelor retentive, se evidențiază prin lipsa conținuturilor H și Hd, dar se întâlnesc mai multe obiecte (interes pentru posesia de lucruri).

3. *Caracterul "cerebralizat"* este de asemenea o formă specială a caracterului compulsiv și apare atunci când credința în omnipotența gândurilor e dezvoltată excesiv. Întreaga protecție față de anxietate este atunci bazată pe mecanismul *intelectualizării*. Aceste tipuri prezintă în mod obișnuit anumite *variante de tipuri de șocuri cromatice*, în care *descrierile* (insistăm aici regulat asupra inhibițiilor de agresivitate) și *interpretările abstracte, conceptuale și simbolice* joacă un rol dominant[2]. Și reținerea față de roșu și preferința pentru galben apar (Zulliger, Bero, p.64). Descrierile și remarca de simetrie pot însă apărea în întreg protocolul. Printre academicienii nevrotici se întâlnește adesea acest tip de caracter.

IV. Caracterul falic-narcisist cu puterea sa de acțiune are un tip de rezonanță intimă exatrvertit, dar nu lipsit de K. Există de cele mai multe ori șoc cromatic sau cel puțin șoc la roșu, iar valorile cromatice sunt labile (sinistrocolor predominant). Salomon a descoperit aici și atracția la roșu[3]. În această privință, tipul e aseamenea cu cu isteria (tot genitală). Dar caracterele falic-narcisiste au, atunci când sunt adaptate social, un F+% mai bun decât

1 ERNEST JONES, apud. KARL ABRAHAM, op. citat., p.30.
2 Vezi HANS ZULLIGER, Einführung in den Behn-Rorschach-Test, Bern, 1946, p.69, 169, 180 și p.71.
3 FRITZ SALOMON, Ich-Diagnostik im Zulliger-Test, Bern, 1962, p.36.

istericii și manifestă o agresivitate semnificativă (Dim, Dd). Tipul de percepere este de obicei G-D-Dd (trăsături mari și agresivitate anală). Succesiunea este de obicei relaxată, și K-urile sunt predominant kinestezii de extensie, iar în conținut au există imagini(fantasme) exhibiționist-narcisice de grandoare (vrăjitor, orator public, medic, jongler, înghițitor de săbii, etc.) . În plus, se întâlnesc răspunsuri complexuale foarte specifice, care prezintă o înțepătură sau o perforare (sadism de înțepare). Interpretările în oglindă sunt frecvente, dar și omiterea simetriei apare din când în când. – Variantele asociale ale tipului au un F+% prost și tendință către confabulații. Și homosexualitatea poate fi prezentă în rândul lor.

V. Caracterul masochist a fost studiat puțin în testul Rorschach. Acesta indică (de judecat după câteva exemple) șocuri cromatice relativ puternice și uneori și la negru/obscur, în mod oișnuit un tip de rezonanță intimă introtensiv și exclusiv kinestezii de flexie, uneori cu conținut masochist. Creșteri ale Do, Dd și Dim apar ca indicatori ai anxietății de castrare și ai agresivității crescute din această cauză, dar introiectată.

Appendix: Perversiunile

Perversiunile au fost incluse de unii autori în psihopatii, ca de ex. de Eugen Bleuler, Eugen Kahn, Maurice Levine în ghidul statistic al statului New York și în alte părți. Există o oarecare îndreptățire, întrucât dezvoltarea perversiunilor manifeste presupune în general o anume constituție cu dezvoltarea deosebită a anumitor pulsiuni, așa cum se întâlnește uneori în criminalitate. La aceasta se adaugă o slăbire a factorilor de frânare, ale „pulsiunilor culturale contrare“, așa cum se exprimă Rudolf Brun, care par a fi la fel de constituționale. Oricum, această slăbire perversă a Eului este înrudită cu slăbirea psihotică a Eului, căci în familia perversiunilor se întâlnesc deseori psihoze[1]. Totuși, perversiunile demonstrează în geneza lor atâtea similitudini cu nevrozele, încât pare de drept să le privim ca un fel de mediator între nevroză și psihopatie.

Pe slăbirea Eului perverșilor se bazează și singurul simptom Rorschach care poate fi consultat pentru diagnosticul unei perversiuni, atunci când nu există psihoză: *cenzura inițială*. Dacă avem șansa să întâlnim la un nepsihotic, pe lângă răspunsurile complexuale corespunzătoare și cenzura inițială, putem concluziona privind perversiunea din evidența manifestării.

Inversiunea obiectului pulsiunii, homosexualitatea, a preocupat o serie întreagă de cercetători Rorschach. Cei mai mulți, ca Due și Wright, Lindner, Bergmann și Wheeler[2] au încercat să rezolve problema cu ajutorul analizei de conținut. Și Rapaport și Schafer au adoptat această cale, la fel și Piotrowski. „Semnele“ lui Piotrowski, care nu privesc decât homosexualitatea masculină, vor fi redate aici pe scurt: 1. Răspunsuri anale, 2. Răspunsuri

1 EINO KAILA, adaugă aici: „toate perversiunile au anumite trăsături comune, anume dezvoltarea deficitară a structurii sociale superioare. Nu ne putem închipui că într-o societate formată numai din indivizi evident perverși (sadici, fetișiști, etc.), modul lor de comportare ar fi prea diferit de reacțiile primitive“ (Personlighetens Psykologi, Helsingfors, 1943, p.338).

2 Pentru lista exactă a izvoarelor vezi indexul literaturii de specialitate.

bisexuale, 3. Dubiu manifestat spontan față de sexul unei anumit personaj, 4. Personaje întinse pe spate cu coapsele îmbrăcate, 5. K-uri H exhibiționiste cu descrieri ale unor trăsături sexuale primare sau secundare (de ex. „abdomenul unui bărbat care se apleacă“), 6. Interpretarea jumătății inferioare la planșa I sau a personajelor banale din planșa VII (în poziția a sau c) ca bărbați[1]. (Răspunsurile amintite la punctul 4 au aproape întotdeauna o legătură cu problemele sexuale, dar nu în mod necesar cu cele homosexuale.)

Toate aceste experimente nu oferă mai mult decât speculații și aproximări, care după examinări ulterioare nu se adeveresc întotdeauna. Căci homosexualii, chiar și numai cei masculini, nu sunt un grup omogen, ceea ce atrage atenția din nou și Van Emde Boas[2]. Cel puțin diferențierea lui Ferenczi în homosexuali activi subiecți (identificare cu mama) și homosexuali pasivi obiecte (subjugare în fața tatălui) e indispensabilă (Van Emde Boas). În afară de aceasta, nu trebuie să inferăm niciodată din această analiză a conținutului dacă homosexualitatea este manifestă sau latentă și dacă nu e decât acompaniamentul psihologic al unui palier constituțional intermediary, sau mai degrabă o tulburare de dezvoltare generată de constelația familială. În cazuri foarte rare se poate deduce o homosexualitate manifestă din *conflictele* psihice, care apar *reactiv* ca urmare a ostracizării sociale a homosexualității. Homosexualul este de cele mai multe ori disperat să își ascundă adevărata sa natură sexuală de lume („disimulare sexuală“, Magnus Hirschfeld). Din aceste dorințe pornesc uneori la homosexuali interpretări Dim - F(C), deseori cu contopire între figură și fond, care vădesc strădania de a-și acoperi propria genitalitate, de ex. bărbații la planșa III au slip (figura intermediară între fund și picioare) sau un șorț alb (figura intermediară între brațe și picioare). Din păcate nu putem concluziona nimic în sens invers de aceste răspunsuri privind homosexualitatea manifestă, întrucât aceeași dorință apare și în frecventele conflictele privind masturbarea ca și la nimfomanie, și în ambele cazuri aceste răspunsuri apar în fapt.

Cel mai temeinic și mai credibil studiu de până acum despre homosexualitate în Rorschach provine de la Fritz Salomon[3], care și-a integrat singur observațiile într-un sindrom, care se bazează în egală măsură pe experiență ca și pe considerente teoretice. Salomon pornește de la un sindrom-nucleu, acela că există o apariție simultană a șocului la maro (și/sau atracție față de maro) și la roșu (și/sau atracție față de roșu) în același protocol, unde șocul la roșu este privit ca o expresie a fricii puternice de castrare. O homosexualitate manifestă este foarte probabilă, atunci când mai apar cel puțin câteva din următoarele părți ale sindromului: Do, F- nedeterminat, Dd și Dim crescute la D scăzut (deci agresivitate anală la imaturitate genitală), tip de rezonanță intimă ambiegal-extratensiv cu CF > FC, succesiune relaxată (la testul Z mai ales la planșa II), apariția mai multor FClob și eventual câțiva ClobF (la mulți ClobF mai degrabă diagnosticăm homosexualitate latentă). În

1 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.359/360.

2 CONRAD VAN EMDE BOAS și E. VAN STEENDEREN, Betrachtungen zum Problem der Rorschach-Diagnostik der männlichen Homosexualität, mit einem kasuistischen Beitrag; Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, Bd.65, 1962, p.181-200.

3 FRITZ SALOMON, Fixations, regression et homosexualite dans les testes de type Rorschach, Revue Francaise de Psychoanalyse, 1959, p.266-269, ca și Ich-Diagnostik im Zulliger-Test, Bern, 1962, p.201/202. Șocul la maro, care la SALOMON ocupă o poziție centrală, se poate vedea numai în seria Bero sau în testul Z.

afară de aceste semne cele mai importante, sindromul conține și următoarele elemente, de însemnătate ceva mai redusă: G -uri multe, din care G - CF și Gim - CF (conflicte de mediu, legături incestuoase), apariția de DG, șoc la verde sau albastru, șoc la alb și/sau la negru/obscur (la șocul la alb dispoziție intens încărcată conflictual spre feminitate), Hd crescut, eventual Hd > H, ignorarea simetriei petelor, interpretări anatomice, în special ca „personaj", deseori CF, identificări eronate de gen în K-uri, în conținut: răspunsuri infantile, sex, mutilări. – Aici mai sunt valabile după SALOMON următoarele reguli: la șocul la maro sau roșu homosexualitatea este de cele mai multe ori sub defensă. La atracția la maro, Dd și Dim crescuți și tip de rezonanță intimă ambiegal-extratensivă este vorba de obicei despre bisexualitate. La atracția la maro și alte simptome din lista de mai sus și șoc simultan cromatic în general puternic, presupunem homosexualitate latentă, care maifestă obișnuitele dificultăți de inițiere a unei relații heterosexuale.

In toate celelalte perversiuni suntem deocamdată ghidați doar de *răspunsurile complexuale,* de la care nu se poate observa dacă provin de la o perversiune manifestă sau de la una corespunzătoare reprimată a unei nevroze.

Dintre parafilii, sadismul și masochismul (deseori la aceeași persoană) au cea mai mare însemnătate practică. Aici sunt valabile aceleași: răspunsurile complexuale indică doar calitatea perversiunii, dar nu specifică dacă este latentă sau manifestă. Aceasta o putem deduce cu o oarecare probabilitate din tipul de rezonanță intimă și din factorii de frânare. O persoană care participă test și are un Dim crescut, răspunsuri complexuale evident sadice și tip de rezonanță intimă puternic extratensiv (posibil și cu C pure) la factori de frânare insuficienți (K+, G+, F+%) va inspira suspiciune de sadism sexual. Siguranța diagnosticului va depinde parțial de problema dacă răspunsurile complexuale exprimă doar agresivitate în general sau dacă se întrevede o componentă sexuală specifică. La fel, în cazul masochismului (care însă are un tip de rezonanță intimă introversiv).

Exhibiționiștii și voyeurii (deseori unificați în aceeași persoană) se dau de gol în răspunsurile complexuale specifice. Aici este însă deosebit de dificil de citit din tabloul general al protocolului, în ce măsură tendințele sunt manifeste sau latente.

Capitolul 12
Psihopatiile

Precaritatea conceptul de psihopatie
şi un rezumat al celor mai importante sistematizări

1.Conceptul de psihopatie

Conceptul de psihopatie este cunoscut drept coșul de gunoi al psihiatriei. ”Ceea ce nu poate fi declinat, aceea este considerat ca psihopatie”. Sunt nenumărate tentativele care încearcă să aducă diferitele psihopatii sub o formulă comună. Sarcina e dificilă deoarece cele mai heterogene stări sunt desemnate drept psihopatii. MAURICE LEVINE[1] relevă drept cele mai importante trăsături generale ale psihopaților faptul că aceștia acționează într-o perspectivă imediată, scurtă (eliberare nemijlocită a pulsiunii) și manifestă tendința de-a descărca pulsiunile (abreacție) în cadru social. După acest autor psihopatiile ar fi un amestec de infantilism cu mecanisme proiective. Se poate vedea ușor că această definire este destul de tendențioasă și nu cuprinde, în nici un caz, toate formele de psihopatie, de ex. pe nesigurii de sine și pe anxioși.

STRÖMGREN face următoarea delimitare: La unele nevroze apar reacții anormale, la psihopatii apar predispoziții pentru reacții anormale, fie ele ereditare sau dobândite (o psihopatie ereditară nu e „înnăscută” deoarece ea se poate developa mult mai târziu. Cele ereditare sunt cele „autentice”, cele dobândite sunt pseudo-psihopatii, și ele pot fi somatogene sau psihogene[2]).

Una din cele mai bune rezolvări a acestei teme fără speranță, de-a aduce toate psihopatiile la un numitor comun poate fi definiția psihopatiilor a lui KURT SCHNEIDER[3], cea mai răspândită azi: „Persoanele psihopate sunt acele personalități anormale, care se plâng de anomalia lor, sau de a căror anomalie se plânge societatea”. Dar aici prin „anomalie” se înțelege o variație de la o normă medie (și nu de la o normă axiologică, valorică) (și fiecare sferă culturală își are astfel psihopații proprii), iar „personalitate” este înțeles aici în sens ereditar-înnăscut (vezi p. 2, 6 și 12). Psihopatiile exogene sunt desemnate de preferat ca pseudo-psihopatii.

Cu toate că conceptul lui SCHNEIDER este definit atât de general, neputând fi în nici un caz considerat incorect prin faptul de-a fi prea îngust, îi scapă totuși ceva. Privitor la sine înșiși se plâng majoritatea oamenilor, cel puțin pe perioade și cine poate afirma că nu a călcat pe cineva pe nervi cel puțin o dată ? Astfel că putem să subscriem și noi la afirmația lui PAUL REIWALD[4] „Nu s-a reușit în nici un fel să se stabilească o limită între normal și psihopat”.

---

1 MAURICE LEVINE, Psychotherapy in medical practice, citat după trad. Suedeză, Stockholm 1946
2 ERIK STROMGREN,Psychiatrische genetik,in:Psychiatrie der Gegenwart, VolI,1,A Berlin, Heidelberg, New York, 1967
3 KURT SCHNEIDER, Die pszchopathischen Persönlickeiten, Wien, p.3
4 PAUL REIWALD, Verbrechensverhutung als Teil der Geselschaftspszchohzgiene,in: Die Prophilaxie des Verbrechers, ed. HEINRICH MENG, Basel, 1948, p.134

Și ANDRÉ REPOND în sedința a 105-a a Societății Elvețiene de de Psihiatrie a desemnat psihopatia derept „această creație arbitrară a nosologiei psihiatrice”[1]. Termenul de „psihopatie” își are originea în psihiatria germană, dar ea provine (spune KRAEPELIN) din teoriile franțuzești mai vechi privind *degenerarea.* In general, sub numele de psihopatii s-au înțeles varietăți psihice considerate constituționale, în principal privind afectivitatea, viața instinctuală și procesele volițonale. Chiar și anumite anomalii de caracter înrudite cu marile categorii de psihoze sunt socotite aici, precum psihopatiille schizoide, cicloide și epileptoide. Conceptul nu are precizie și astfel s-au considerat aici toate categoriile de anomalii care nu sunt tulburări psihice clar delimitate. Este cunoscut faptul că BLEULER căruia îi lipsea existența unei astfel de ”concept pozitiv clar” a propus desemnarea „pentru toate valorile reliefate ale variantelor normalului, care nu pot fi descrise încă ca un tablou de boală precizat”.[2]

Privitor *la etiologia și patogeneza* psihopatiior, continuă REPOND, nu știm nimic, sau aproape nimic. In general se consideră tulburările drept *ereditare* sau *lezionale* (provenite din leziuni foarte timpurii). Ele ar avea o legătură cu constituția somatică, îndeosebi cu tulburările *endocrine*. Sunt de asemenea luate în considerare influențe traumatice și de mediu. KRAEPELIN le vede ca tulburări de dezvoltare. Noi lucrăm aici în cea mai mare parte cu supoziții. Simptomatologia e slab delimitată și extinsă circumstanțial.

Multe cazuri, chiar grave s-au dovedit a fi curabile prin psihanaliză. Unii psihoterapeuți rezervă desemnarea de „psihopatie” doar pentru cazurile refractare. Aici intră în principal cazurile de schizoizi, cicloizi si epileptoizi, care sunt de fapt psihoze larvare sau abortive. Dacă facem abstracție de acestea, restul psihopatiilor nu sunt deloc „incurabile”.

Experiența personală l-a convins pe REPOND că majoritatea psihopatiilor așa zis constituționale, s-au dovedit a fi, pe parcursul tratamentului tulburări psihice cu originea în condițiile externe, ca cele familiale sau educative. Acești subiecți au putut fi, în mare parte ameliorați prin terapie, iar unii char vindecați. Psihoterapia acestora este principial posibilă, dar foarte dificilă și adesea ingrată.

Dar există, desigur o dispoziție ereditară, cel mai adesea sub forma unei sensibilități, pe care o putem numi împreună cu BENO „*psihalergie*”, prin care înțelegem o vulnerabilitate biologică generală.

Considerarea ipotetică a unei constituții morbide, în schimb se sprijină, spune REPOND pe un studiu insuficient de aprofundat al psihogenezei simptomelor, ceea ce conduce la subestimarea importanței lor patogene. Psihopatiile așa zis ale tinerilor/adolescenților se dovedesc a fi nevroze de caracter când sunt studiate cu atenție. Trebuie considerat și faptul că majoritatea așa ziselor psihopatii ale adulților sunt ele însele consecințe ale unor *nevroze de caracter* din adolescență. Prevenția unor astfel de tulburări așa zis psihopate devine o sarcină esențială a igienei mentale și a psihiatriei infantile. Cu

1 ANDRE REPOND „La revision du concept de la „psychopatie constitutionelle, Schweizer Archiv f. Neurologie und Psychiatrie, Vol 59, 1947,p395

2 EUGEN BLEULER, Das autistisch undisziplinirte Denken in der medizin und seine Uberwindung, Berlin,1021,p.59

toate că suntem, în principi, de acord cu concepția lui REPOND, trebuie constatat, din păcate, că deocamdată nu suntem ăn poziția de-a renunța la diagnosticul de psihopatie constituțională, din motive practice. În expertiza medico-legală în special, diagnosticul este *cerut* în procedura juridică din multe țări. Chiar dacă și cu ajutorul testului Rorschach se pot delimita aceste tablouri psihopatologice, trebuie ținut cont de faptul că diagnosticul de psihopatie introduce întotdeauna o devalorizare facilă. Cel mai bine este să considerăm și să descriem aceste stări ca ceea ce sunt, nevroze, sau nevroze de caracter, cu un fundament constituțional special și să nu punem diagnosticul de „psihopatie constituțională", decât atunci când aceasta este cerută expres, formal, din motive legale, sau de către un tribunal. Și atunci descrierea constructului și a componentelor nevrotice e necesară.

Este important, înainte de orice să deosebim psihopatiile veritabile care pot fi considerate într-o măsură constituționale de stările dobândite(cel mai adesea lezional) de același fel, pe care le desemnăm drept pseudo-psihopatii (de ex. psihopatie posttraumatică, postencefalitică etc.).

Pe de altă parte și SZONDI[1], care este edificat cu problematica conceptului de psihopatie, a încercat să departajeze psihopatiile de nevroze. El pune accentul pe slăbiciunea cenzurii și descrie ca „triadă psihopatică" următoarele trei caracteristici ale personalității psihopatice: 1. Acțiunea *principiului plăcerii* infantil care se manifestă și sub forma perversității polimorfe; 2. „Pierderea mijlocului(centrului, mediei)", adică slăbiciunea cenzurii față de cerințele principiului plăcerii, și 3. Alegerea unor *debușeuri multiple (și facile) ale urgențelor* tensiunilor interne.

Ar mai fi de amintit JOHANNA BASH-LIECHTI[2] a încercat să pună în paralel ”Psihosindroamele cerebrale locale" ale lui BLEULER (Tulburări ale motivației, impulsurilor și dispoziției) cu nevrozele si să le conceapă împreună sub conceptul de „sindrom delimitat". Din acest punct de vedere ceea ce BASH spune clar, pseudo-psihopatiile apar într-o lumină nouă.

II . Sistemele de clasificare a psihopatiilor

Numeroasele clasificări ale psihopatiilor sunt pur descriptive și supuse unor puncte de vedere sociale. Ele cuprind probabil diferite subtipuri eterogene etiologic, diferite ca tablou simptomatologic, iar sarcina cercetării Rorschach este de-a le pune în evidență.

1. KRAEPELIN. Cel mai vechi sistem de clasificare astăzi parțial utilizabil îi aparține lui KRAEPELIN. El se compune din doar 7 tipuri anume:

1. Iritabilii
2. Instabilii (inconsistenții)

1 LEOPOLD SZONDI, Triebpathologie, Bern, 1952, p.358

2 K.W.BASH, Grundlagen der allgemeinen Psychopathologie, Grundbegriffe und Klinik, Stuttgart, 1955, p. 271

3. Impulsivii (pulsionalii) (printre care și poriomanii[1], dipsomanii[2] și psihopații epileptiformi)

4. Ciudații / confuzii (Verschrobene)

5. Mincinoșii, șarlatanii, escrocii

6. Antisocialii (dușmanii societății)

7. Cverulenții, scandalagii, bătăușii

2. BLEULER. –Clasificarea lui BLEULER este analoagă și nu face decât să completeze pe cea a lui KRAEPELIN. El distinge: 1. Nervozitate, 2.Deviații ale instinctului sexual, 3.Excitabilitate anormală, 4. Instabilitate, 5.Impulsivitate anormală (cheltuitori, vagabonzi, dipsomani), 6. Ciudățenia, 7.Pseudologia fantastica (mincinoși, escroci, șarlatani), 8.Deviații etice constituționale (antisociali, oligofreni moral) și scandalagiii (dispoziția cverulentă).

3.Tipologiile reacționale. S-au făcut, în diverse părți încercări de-a ajunge la o tipologie sistematică stiințifică. Astfel, KRETSCHMER a creeat o tipologie dinamică a reacțiilor. El introduce noțiunea fundamentală a recepție, retenție, elaborare și lichidare(derivare, capacitate de expresie) și funcție de aceste 4 componente reacționale distinge în plus componentele stenice și astenice, o reacție primitivă, una expansivă și una senzitivă. KARL BIRNBAUM[3] și G.EWALD[4] încearcă și ei să delimiteze psihopatiile nu după conținut ci după elementele formale ale personalității: BIRNBAUM după dispozițiile afective (ținând cont de iritabilitate, intensitate, derulare, durată, etc.) și relațiile lor cu stimulii externi și cu procesul de gândire (stabilitate, influențabilitate, etc), EWALD după temperament (adică „biotonus" determinat de metabolism) și , aici apropiindu-se de KRETSCHMER, după elementele fundamentale ale caracterului: impresionabilitatea, capacitatea de reținere (privind experiențele pulsionale intime și impresiile cele mai puternic marcate de afect), activitate intrapsihică (controlul intelectual) și capacitatea de evitare, deturnare.

Aceste sisteme nu s-au încetățenit. Ele pot fi însă corelate fără mare dificultate cu o serie de factori Rorschach.

4. Tipologia constituțională a lui KRETSCHMER. KRETSCMER însuși a abandonat mai vechea sa tipologie reacțională în favoarea celebrei sale tipologii constituționale. Alături de temperamentul cicloid normal (social, vesel, liniștit), el recunoaște un tip hipomaniacal și un tip greoi, ca variante cu forme de trecere către tipul schizoid, mizantropii, pioșii/ meditativi, maniacii invențiilor și scandalagii, apoi hipocondri, nesatisfăcuții, boemii și decenzurații (abandonații întâmplării)(Verwahrlosen). Alături de temperamentul schizoid normal (nesociabil, timid, docil), există hipersensibilii și insensibilii și, ca variante incapabilii afectivi, obtujii afectiv, brutalii obtuji, indiferenții și cei cu răceală afectivă.

1 Poriomanie = Tendință morbidă, impulsivă de-a călători sau fugi departe de casă, manifestată în episoade spontane imprevizibilă (popular: dromomanie) n.t.

2 Dipsomanie = Consum compulsiv și continuu de alcool în episoade , imprevizibil §I de necontrolat pentru persoana în cauză, char daca în periadele liniștite nu consumă alcool.n.t.

3 KARL BIRMBAUM, Uber psychopatische Personlihkeiten, Wiesbaden,1909

4 G.EWALD, Temperament und Character, Berlin, 1924

Indubitabil că aceste tipuri există și au fost bine observate, dar acoperă la fel de puțin din diversitatea psihopatiilor cum nici însăși tipologia lui KRETSCMER nu acoperă diversitatea antropologică și a tipurilor psihologice.

5. KAHN – Astăzi cel mai utilizat „sistem" al psihopatiilor în practică este cel al lui KAHN și SCHNEIDER , care este la fel de nesistematic ca și cele ale lui KRAEPELIN și BLEULER. EUGEN KAHN[1]are 16 tipuri: 1.Nervoșii, 2.Anxioșii, 3.Sensibilii, 4.Compusivii (obsesionalii) 5. Iritabilii, 6.Hipertimii, 7.Depresivii, 8.Labilii dispozițional, 9.Insensibilii (cu răceală afectivă), 10.Hipobulicii, 11.Impulsivii, 12.Perverșii sexual, 13.Istericii, 14.Fantascii, 15.Obstinații, 16. Ciudații / confuzii.

6. SCHNEIDER[2] recunoaște doar 10 tipuri, dar unele cu diverse subtipuri. Sistemul e următorul:

1. Psihopatii hipertimice:
    - Hipertimici echilibrați
    - Hipertimici agitati
    - Hipertimici scandalagii
    - Hipertimici instabili
    - Hipertimici pseudologi
2. Psihopatii depresive:
    - Depresivi melancolici profund
    - Depresivi descurajați
    - Depresivii paranoiaci
3. Psihopați nesiguri de sine:
    - Nesiguri de sine senzitivi
    - Nesiguri de sine anancaști
4. Psihopații fanatici:
    - Fanatici combativi
    - Fanaticii pasivi
5. Psihopații avizi de prestigiu:
    - Excentricii
    - Lăudăroșii , fanfaronii
    - Mitomanii
6. Psihopații cu dispoziție labilă
7. Psihopații explozivi
8. Psihopații insensibili, indiferenți
9. Psihopații abulici

10 Psihopații astenici
- Astenici cu tulburări somatice
- Astenici psihic.

1 EUGEN KAHN, BUMKE's Handbuch des Geisteskrankheiten, Vol. 5
2 KURT SCHNEIDER, Op. citat.

Examinând îndeaproape aceste două scheme sunt aproape identice. Astenicii lui SCHNEIDER (neurastenicii și psihastenicii noștri) se numesc la KAHN nervoși. Anxioșii lui KAHN (fobicii noștri) lipsesc la SCHNEIDER. Nesigurii de sine senzitivi ai lui SCHNEIDER corespund sensibililor lui KAHN, nesigurii de sine anancaști, compulsivilor. Ambele grupe (nesiguri de sine) acoperă aproximativ ceea ce SJOBRING dfinește ca subvaliditate (psihastenie), fundal favorabil pentru dezvoltarea nevrozelor compulsive.Ceea ce Kahn desemnează drept isterici, se regăsesc parțial la SCHNEIDER sub numele de „avizi de prestigiu". O parte din ele nici nu sunt psihopatii „autentice", la care componentele ereditar- constituționale să joace vre-un rol, o altă parte sunt nevrotici. (În familiile istericilor sever se întâlnește adesea ereditate epileptică și invers KRAULIS , LUXEMBURGER). Cum am vorbit deja la capitolul despre nevroze, nu mai revenim aici.

Printre psihopatiile „veritabile" fantascii lui KAHN aproape că se confundă cu Hipertimicii mitomani la SCHNEIDER, iar obstinații și ciudații, sunt fanaticii combativi și fanaticii pasivi ai lui SCHNEIDER. Perverșii sexualiocupă un loc aparteși i-am studiat deja. Emotivii lui KAHN, in fine, corespund aproximativ cu explozivii lui SCHNEIDER.

Odată eliminate diversele nevroze, rămân diferiții hipertimici și depresivi ai lui SCHNEIDER , psihopații săi nesiguri de sine, , fanaticii săi, instabilii dispoziționali, explozivii, indiferenții și abulicii + impulsivii lui KAHN, care sunt luați din vechea schemă a lui KRAEPELIN și care sunt desemnați astăzi în general drept psihopați epileptiformi (Ixoizii noștri). Dar aceast rest poate fi simplificat: Dacă se face abstracție de hipertimii mitomani, care sunt apropiați de instabili, am putea reuni împreună cu KRETSCHMER, diverși depresivi și hipertimici în cicloizi. Depresivii paranoiaci fac tranziția între cicloizi și schizoizi , ultimii cuprinzându-I pe fanatici (schizoizi paranoizi) și alți schizoizi insensibili (unii apropiați de catatonie, alții senzitivi). Explozivii (in măsura în care nu sunt pseudo-psihopați lezionali) pot fi reuniți cu impulsivii sub numele de ixoizi.

După ce am făcut această „reducție" câtorva terminologii superflue, reținem drept indispensabile pentru moment pentru specialistul Rorschach următoarele categorii de psihopatii ale căror simptomtică o vom discuta mai departe.

1. Psihastenia (JANET), folosită aici în senul „subvalidității" lui SJÖBRING, ca fundament constituțional frecvent, dar nu regulat al multor nevroze, în special al unor nevroze compulsive sau fobii având ca variante particulare:

2. Psihopatia senzitivă, având probabil relații ereditare cu schizofrenia și eventual de asemenea cu depresiile;

3. Schizoidia, formă catatonică rigidă și formă paranoidă;

4. Ciloidia, inclusiv hipertimicii și depresivii;

5. Ixoidia, formă explozivă și alte forme, printre care poriomania, dipsomania și piromania;

6. Labilitate dispozițională inclusiv disforii;

7. Psihopatia instabil-abulică, adesea combinată cu

8. Mitomania (Pseudologia)

9. Antisocialii ca grup reunind toate psihopatiile cu agresivitate sporită îndreptată înspre afară, printre care hoții instabili precum și

10. Toxicomanii (alcoolici, narcomani, etc.)

7. Clasificarea O.M.S. Organizația mondială a sănătății (OMS) nu folosește în clsasificarea internațională a maladiilor (ICD) termenul de „psihopatie" pentru toată grupa ci folosește termenul de „adult personality disorders". Aici se găsesc următoarele sub categrii (în engleză)[1]: F60.0.Paranoid; F60.1.Schizoid; F60.2.Dissocial; F60.3.Emotionally unstable; F60.4. Hystrionic; F60.5.Anankastic; F60.6.Anxious(avoidant); F60.7. Dependent asthenic, inadequate, passive, self defeating); F60.8. Other specific (Eccentric, „haltlose", immature, narcissistic, passive aggressive, psychoneurotic), F60.9. Unspecified (US-character neurosis, US-pathological personality) și F61- Mixed and other personality disorders.

ICD 10 consideră separat tulburările de personalitate si comportament datorate leziunilor sau bolilor cerebrale (F07), dar adaugă o clasă de tulburări de personalitate durabile (din categoria pseudo-psihopatiilor în accepția autorului),neatribuibile bolilor sau leziunilor cerebrale, F62. (after-catastrofe, after psychiatric illnes, chronic pain, other), o clasă de tulburări de comportament si obiceiuri F63 (Pathological gambling, pyromania, kleptomania, trichotillomania, other and unspecified). Tulburările de indentitate sexuală sunt separate la F64 (transexualism, dual role transvestitism, gender identity disorders of childhood, others) de clasa tulburărilor de preferință sexuală (parafiliile) F65. O parte din „psihopații" din clasificările clasice apar si la clasa F68- (facticious disorder).

8. LEVINE. In manualul său (Op. cit, p. 215) MAURICE LEVINE deosebește următoarele 8 psihopatii : 1. Alcoolici, 2. Narcomani, 3. Anormali, sau perverși sexual, 4. Psihopați isterici (isteria obișnuită o încadrează corect la nevroze), 5. Violenții sau hiperagresivii, 6.Inhibații sau anxioșii 7.Indivizi cu alte conduite nevrotice, 8. Psihopații criminali.

Se poate vedea că avînd în vedere diferențierile necesare si prelucrarea unor categorii, se poate ajunge la categorisirea noastra de 10 grupe pentru diagnosticul Rorschach.

9. L.SZONDI, care consideră perversiunile în cadrul psihopatiilor deosebește[2]: 1. Psihopatii sexuale, adică perversiuni în sensul parafiliilor (ca fetișismul, masochismul, sadismul și exhibiționismul) și inversiunile, 2.Psihopatiile de contact (dependențe si instabilități) și 3. Psihopații criminali (antisocialii noștri).

1 Ne-am permis să redam clasificarea ICD 10, varianta 2007 in locul celei a ICD 8 din 1965 prezentată de autor la vremea ultimei revizuiri a ediției (n.t.)

2 LEOPOLD SZONDI, Triebpathologie, Bern, 1952, p.363/364

B. Diagnosticul Rorschach al psihopatiilor.

I. Diagnosticul negativ și pozitiv al psihopatiilor

Pentru a diagnostica o psihopatie există în testul Rorschach două căi: Una este *diagnosticul negativ al psihopatiei* și a fost descrisă de KUHN[1]. Conform concepției lui BLEULER, care a vrut să delimiteze strict, per exclusionem, același drum îl ia și KUHN și dă următoarele linii directoare pentru a diagnostica o psihopatie prin Rorschach: protocol anormal, fără tlburări de inteligență majore, fără, sau cu puține reacții nevrotice, fără semne sigure ale unei schizofrenii și fără semne clare ale unei tulburări psiho-organice. Dintre particularitățile pozitive apărute în protocol se pot decela diverse variante.

Acest diagnostic negativ, își găsește utilitatea în oricare caz în care constituția psihopatică nu este complicată de intervenția altor stări psihopatologice, mai ales de o puternică suprastructurare nevrotică care acoperă structura psihopatică. Dar asemenea structuri „nude" sunt foarte rare. Adesea psihopatia este doar solul hrănitor pe care se dezvoltă și înfloresc toate felurile posibile de nevroze. Aceasta este valabil pentru constituțiile schizoide, cicloide si ixoide precum și pentru echivalentele lor lezionale și mai ales pentru psihastenie. Dar nu ne este indiferent să știm pe ce teren constituțional se dezvoltă aceste forme. Fiindcă tipul și prognoza tratamentului depind foarte mult de acest substrat constituțional. Apare deci în practică nevoia unui diagnostic constituțional „dincolo de nevroză" și această necesitate poate fi împlinită factual de un *diagnostic pozitiv al psihopatiei* cu ajutorul testului Rorschach. Acest diagnostic pozitiv constă parțial (În psihastenie) în determinarea unei repartizări specifice a șocurilor (+ o serie de alte simptome), și parțial prin evidențierea de sindroame Rorschach, mai mult sau mai puțin clare care nu sunt mascate/ acoperite, sau sunt acoperite neesențial de către simptomele nevrotice. Se pune astfel esențialmente problema tehnicii de diagnostic pozitiv pentru cele 4 constituții amintite (psihastenic, schizoid, cicloid și ixoid) , în timp ce pentru restul de psihopatii va trebui să ne mulțumim cu diagnosticul negativ. Se întâmplă însă ca ele să apară în combinație cu nevroze. (În ce măsură instabilitatea, mitomania, și antisocialitatea sunt veritabile vicii constituționale este limpede sub semnul întrebării). Toxicomaniile și constituția astenic-depresivă ocupă o poziție intermediară.

II. Psihopatiile veritabile (constituționale)

1. *Psihastenia (Subvaliditatea).* Înțelegemprin „*psihastenie*" o stare cu un caracter bine delimitat, așa cum l-a descris psihiatrul suedez HENRIK SJÖBRING în cartea sa Psychic Energy and Mental Insufficiency[2]. Sindromul clinic comportă următoarele trăsături: Ca urmare a unui somn superficial acești oameni se trezesc dimineața mai puțin odihniți și manifestă peste zi un grad diminuat de vigilitate. Ei sunt oameni cu eficiență mai mare

1 ROLAND KUHN, Der Rorschach'sche Formdeutvesuch in der Psychiatrie, Basel, 1940, p.42
2 Uppsala Lakareforenings Forhandlingar, 1922,p. 163-214

seara și lucrători de noapte. Pentru a economisi energie ei sunt oamenii rutinei și pedanți. Ei cheltuie puțină energie și activează puțin în contactul cu alți oameni, și tind astfel spre egoism. Cu toată fatigabilitatea lor, ei sunt harnici și au o mare nevoie de activitate (vezi „workahoolicii" zilelor noastre), dar preferă treburile de rutină sau „în mic". Devin ușor „nervoși" sau tensionați cănd sunt fie inactivi ori subsolicitați, fie suprasolicitați, cu precădere când li se cer concluzii sau decizii de mare responsabilitate. Ei evită activitățile de sinteză și tind spre mania dubitației și indecizie. Foarte adesea dezvoltă simptome compulsive și fobii (care , precum în psihastenia descrisă de JANET, trebuie considerate ca secundare). Activitetea lor este determinată în general de influențele externe și sunt uituci, ușor distactibili și tind să aibă reacții greșite sau paradoxale. Deoarece pentru ei atingerea unor scopuri mai înalte le apare dificil de atins, dezvoltă cu timpul nesiguranță, sentimente de inferioritate, și autodepreciere cu tendința spre (în majoritate, doar superficial) dispoziție depresivă și iritabilitate, uneori și idei hipocondriace. Dacă presiunea exigențelor sau solicitărilor devine prea mare pentru ei apar uneori stări crepusculre (ca mecanisme de protecție și defensă).

Acest sindrom psihastenic este de conceput doar ca un *diagnostic de stare*. După concepția școlii lui SJÖBRING starea este în majoritatea cazurilor determinată lezional[1] (traumatic, infecțios). Doar acolo unde nu poate fi documentat un eveniment lezional, consideră SJÖBRING ca determinantă o variantă constituțională negativă drept cauză, pe care o numește *subvaliditate*[2]. Prin aceasta SJÖBRING înțelege o reducere a energiei psihice potențiale ca urmare a unei densități mici a energiei la nivelul anumitor țesuturi. Doar în sensul de subvaliditate psihastenia este o psihopatie veritabilă, autentică. În toate celelalte cazuri cu etiologie lezională detectabilă trebuie să vorbim de „pseudo-psihopatie".

Așa cum am arătat deja în altă parte[3], sâmburele sindromului psihastenic în protocolul Rorschach, constă într-o *repartiție a șocurilor specifică*. Majoritatea cazurilor de psihastenie dau șoc la negru + șoc cromatic + fenomen de rupereVIII. Ocazional apare și șocul la roșu manifest, alături de celelalte două șocuri (despre depistarea lui în astfel de cazuri, vezi cap.6), și pare că apariția sa în această combinație are o anume valoare diagnostică. Șocul la roșu este un element de lăgătură între sindromul anancast (șoc culoare + șoc la roșu) și cel fobic (șoc la negru + șoc la roșu). In general putem face observația că în cazurile doar cu șoc cromatic + șoc la negru + fenomen de rupere VIII, arată mai degrabă o subvaliditate simplă, în timp ce cazurile cu toate cele trei tipuri de șoc (cu sau uneori chiar fără fenomen de rupere VIII), descriu adesea psihastenici cu un ansamblu bogat de simptome anancast – fobice.

Marea însemnătate a fenomenului de rupere VIII pentru diagnosticul psihasteniei a fost demonstrat de studiul exhaustiv al lui PAUL FRANER[4] pe un material de 107

1 Mulțumiri și scuze profesorului TORE BROMAN, Goteborg, care m-a atenționat privind eroarea mea veche, că am echivalat psihastenia cu subvaliditatea lui SJOBRING. Doar o mică parte din psihastenici sunt subvalizi constituționali.

2 Acest concept este de înțeles doar legat de sistemul constituțiilor lui SJOBRING, pe care nu îl putem prezenta in extenso aici. Cei interesați pot consulta lucrarea mea „Der Psychasteniebegriff nach Sjobring", in Schweiz. Zeitschr. f. Psychologie und ihre Anwendungen, 1948,Vol.7, p.179-190

3 EWALD BOHM, Die Rorschach-Diagnose der Psychasthenie

4 PAUL FRANER, Vorleufige Untersuchungen ueber die Reaktionen der subvaliden Personlichkeit, auf den

pacienți (din care 58 subvalizi). Adesea pe lângă sindromul central apar unul sau mai multe din următoarele *simptome accesorii*: autocritica (critica subiectului), sublinieri ocazionale ale simetriei, răspunsuri alternative (sau-sau), răspunsuri negate, răspunsuri interogative, accentuarea centrului/mijlocului, și eventuale răspunsuri de perspectivă, semne ale lipsei de siguranță; apoi, critica obiectului, pedanteriile de formulare, ca semne ale prudenței și pedanteriei și în sfârșit descrierile (ca inhibiție a agresivității) și eventuale iluzii de identitate ocazionale ca simptom al stuporii. Cât privește conținutul, unii psihastenici dau interpretări de mască, reprezentând nu doar contactul lor afectiv precar ci și (mai ales când interpretează personaje mascate) tendința lor de-a evita (teama de) responsabilitate, așa cum a arătat ROLAND KUHN[1]. Acest diagnostic de stare are o valoare practică, dincolo de cea medicală. Astfel, profesorul ULRICH MOSER mi-a împărtășit că a avut repetat ocazia să testeze elevi la școala de șoferi cu testul Rorschach, care aveau dificultăți, care au eșuat de exemplu, de mai multe ori la examen. In circa jumătate din cazurile lui MOSER sindromul de mai sus era puternic exprimat. Psihastenicii severi par să fie incapabili să conducă bine un vehicol, ceea ce se verifica și la dispozitivele experimentale unde persoanele s-au dovedit incapabile să execute două sarcini simultan și să-și distribiuie convenabil atenția, dificultate care ete tipică pentru psihastenici, după SJÖBRING.

2. *Psihopatia senzitivă*. Tipul senzitiv este înrudit cu tipul psihastenic și chiar trăsături ale tipului psihastenic se regăsesc aici, mai ales neîncrederea în sine. Dar aici întervine un plus, marea senzitivitate (sensibilitate) și o „retenție conștientă a grupelor de reprezentări puternic marcate afectiv", care nu pot fi descărcate (KRETSCMER). Acești oameni, majoritatea hipermorali nu-și iartă nimic și de fapt luptele sale interne, trădează astfel, cu toată nesiguranța de sine, o *componentă stenică* (ocazional inhibiții sofropsihice, ș.a.m.d.). Dacă intervin și mecanismele proiective, atunci aceste stări pot vira în domeniul stărilor paranoide. (De fapt și în Rorschach apare, așa cum vom vedea, o trecere fluidă între senzitivitate și paranoia de involuție.)

La senzitivi apare în general sindromul Rorschach al psihasteniei, unde *autocritica* nu lipsește aproape niciodată, acești subiecți fiind mereu nemulțumiți de sine. Aici autocritica devine dintr-un simptom accesoriu, unul esențial. Pe lângă aceasta apar aproape regulat *interpretări clarobscure difuze* (variații disforice de dispoziție). Pentru variantele mai astenice tabloul sindromului Rorschach e complet. Variantele mai stenice (senzitivii în sensul propriu ai lui KRETSCHMER) manifestă o sporire a *interpretărilor clarobscure detaliate (umbriri, nuanțări)(*interpretări F(C)) și asta aproape regulat cu inhibiții sofropsihice, adică cu accentuarea obiectualității, sau distanțarea spațială sau temporală[2]. Adesea aceste interpretări „obiectualizate" apar imediat după o interpretare de clarobscur, ca un semn vizibil al luptei interne împotriva dispoziției disforice. Senzitivii au în plus, majoritar un tip de rezonanță intimă introversiv și un tip de percepere accentuat G (vezi p. 308).

Rorschach Test, (in orig. suedez. Manuscris nepublicat)

1 ROLAND KUHN, Ueber Maskendeutungen im Rorschach'schen Formdeutversuch, Basel, 1944, p.58 și 87

2 HANS BINDER, Die Hlldunkeldeutungen etc. p. 235-236

3. *Schizoidia*. Suntem obligați să considerăm cunoscute conceptul și conținutul acestui tip constituțional. Schizoizii prezintă un sindrom Rorschach foarte bogat, dar cel mai adesea nu găsim în fiecare caz particular decât o parte din aceste simptome[1]. Dacă însă printre acestea apar două sau mai multe care sunt deosebit de specifice (de ex: K-uri cu dublu sens, succesiunea confuză, contaminări etc.) atunci putem conta, în general, pe prezența unei componente constituționale schizoide.

Pe de altă parte când apar multe simptome, atunci delimitarea de o schizofrenie apare dificilă. Ca regulă ar putea fi formulată următoarea: Schizofrenia e de considerat atunci când există semne de demență (F+% mic, G-uri proaste predominant); inversul ar pleda pentru schizoidie și în afară de asta la schizoizi nu prea apar contaminări fruste cu neologisme și în general nici perseverații (cu excepția rară a mixturii cu constitu'ia ixotimă).

Sindromul Rorschach al schizoidiei cuprinde o mulțime de simptome care pot apărea și la schizofreni; doar că la schizoizi sunt de obicei mai puține și calitativ mai puțin exprimate, ca să spunem așa „diluate"

– *Numărul de răspunsuri* pare a fi peste medie, dar nu există o anume regulă în acest sens. – Uneori apare *autocritica*, pe care FRÄNKEL și BENJAMIN au găsit-o și în debuturile de schizofrenie. –*Timpul de reacție* e de obicei prescurtat. La mixtura cu alte sindroame lucrurile pot sts altfel, anume când e suprapusă o depresie concomitentă. (Deși se întâmplă că și în schizofrenia combinată cu depresie (schizoafectivă) poate avea un timp de reacție prescurtat). –Foarte frecvent apar DimG-uri, (mai ales la Pl.I), care atunci când sunt de forma Gim vorbesc de o postură / atitudine paranoidă față de mediu[2]. –DG, DdG, DdD ș*i Dd-uri curioase* apar adesea. -Când mecanismele hipocondriace joacă un anume rol, apare evidentă *sporirea răspunsurilor anatomice*. În cazurile foarte exprimate, care fac trecerea către schizofreniile latente, apar aproape regulat interpretări de sex și sânge, care în alt context sunt semne ale unei nevroze bmult mai benigne. –În general răspunsurile H sunt mai multe decât Hd-urile. – Orig+ si Orig-, apar adesea în acelai prtocol, și nu doar Orig- „slabe" ale nevroticilor, sau Orig- neajutorate ale organicilor ciadesea răspunsuri surprinzătoare și derutante. –Un simptom interesant este apariția ocazională a unor F(C)-uri particulare (sensu BINDER) la 0 sau puține răspunsuri FC, dar multe CF si C –uri. Aceasta ne arată sensibilitatea interioară deosebită la lipsa de contact, aici fiind punctul de tangență dintre schizoizi și senzitivi. Trebuie să ne referim aici mereu la comparația plastică a lui KRETSCMER: „Mulți schizoizi sunt precum la casele romane sărace, ce și-au închis toate jaluzelele în fața soarelui arzător; în lumina astfel filtrată se petrec festivități

1 Pentru acest simptom, ca si pentru alte simptome Rorschach, este subânțeles că este vorba de tipuri ideale, cu care, în general, un protocol anume nu corespunde decât parțial. Cât de mult sau de puțin este nevoie pentru a pune un diagnostic este chestiune de apreciere și ține de judecarea corectă a sensului psihologic al fiecărui factor. Calculul mecanic al „semnelor" găsite prin metode statistice, semne de valori diferite, cum se folosește pe alocuri, duc în mod obișnuit la rezultate false, așa cum a arătat și K.W. BASH. Evaluarea unui protocol nu este o treabă mecanică, ci una de construcție. Rezumatele tabelare pentru toate sindroamele descrise în această carte se găsesc în cartea mea „Psychodiagnostischer Vademecum" .

2 Primii care au remarcat frcvența mare a DimG, în special la Pl. I în procesul schizofren au fost BOSZORMENYI și MEREI. Scweiz. Archiv f.Neurologie und Psychiatrie, Vol.45, 1940, p.283

sărbătorești[1]." –Succesiunea este, în general, puternic relaxată, adesea chiar disolută[2]. –K –uri cu dublu sens se pot observa ici și colo ca semn al unei tendințe de scindare a funcției Eu-lui.

–Sentimentul subiectiv frecvent al instabilității acestor oameni apare manifestat ocazional în *răspunsurile de perspectivă* Dim F(C)- sau în *acentuările* marcate *ale centrului*. – Adesea interpretările banale de la pl.V (fluture, liliac) nu sunt date.; În schimb pot fi date foarte frumoase răspunsuri originale . Chiar și răspunsurile banale de la planșele iii și VIII lipsesc la schizoizi. -Nu arare protocoalele schizoizilor conțin *contaminări*, de regulă doar de formă atenuată, precum nori, care seamănă cu oameni sau animale, sau ca „amestecuri", „încrucișări", sau „ obiecte intermediare", adică întotdeauna cu un oarecare control al realității. –*Confabulațiile* , respectiv combinațiile confabulatorii, adică răspunsurile care nu mai sunt în asonanță cu un control al realității intact, pot surveni, doar ocazional. –Răspunsurile cifră și poziție la schizoizi sunt rare, dar apar răspunsuri precum „șase capete" la pl.VII. –*Autoreferirile* și *valorizările* nu sunt însă rare, ca și *abstracțiile, descrierile, simbolizările și impresiile* și eventual *răspunsuri clarobscure intelectuale*, aceste ultime patru, care apar la schizoizi, toate cu o valoare de defensă față de anxietate prin intelectualizare (cerebralizare). Ocazional, unii schizoizi reclamă lipsa de simetrie a planșelor, lucru remarcat de ZULLIGER (Tafeln Z Test, p.82). –Ici și colo se mai rătăcește câte o denumire de culoare, în protocoalele unor schizoizi și cenzura inițială, semnul slăbiciunii Eu-lui, fără a fi vorba de o psihoză. – Deosebit de rarele *descrieri cinetice* apar în afară de schizofreni, doar la schizoizi. –În fine, la schizoizii paranoizi apar uneori *răspunsurile complexuale paranoide* (diverse interpretări de ochi cu expresii tipice). Ocazional pot apare aici răspunsuri Kclob, ca și *oglindirile*.

Cu toată tendința schizoidului spre un tip de rezonanță intimă itroversiv nu apare o corelație strictă între introversiune și schizoidie. După MANFRED BLEULER[3] doar schizoizii inteligenți au un tip de rezonanță intimă introversiv.

De observat e faptul că la remarcabil de mulți schizoizi apare și șocul cromatic supracompensat, care e de altfel pare că e tipic pentru psihozele psihogene. Aceasta ar putea însemna că psihozele psihogene ar trebui considerate ca psihoze schizo-afine (așa numitele psihoze schizofrene marginale), la care simptomele schizoide s-ar putea datora prezenței unei gene heterozigote a schizofreniei[4].

4. *Cicloidia*. Diagnosticul Rorschach al constituției cicloide este la fel de ușor de explicat pe cât de greu de practicat. El constă pur și simplu într-o examinare, dacă factorii formali ai protocolului corespund coloanei de mijloc a tabelelor noastre diagnostice ale

1 ERNST KRETSCHMER, Korperbau und Charakter, Berlin, 1944

2 KLOPFER a găsit succesiune disolută ocazional și la normali. O găsește la „very brillant, tought erratic normal people", ceea ce ne îndreptățește să chiar și aici era vorba de schizoizi.

3 MANFRED BLEULER, Der Rorschach-versuch als Unterscheidungsmittel von Konstitution und Prozess, Zeitschr.f.d.ges. Neurologie und Psychiatrie, Vol.151, 1934, p. 567

4 Pentru aprofundare vezi ERIK STROMGREN, Episodike psykoser, Kopenhagen, 1940 și POUL FAERGEMAN, Psychogenic psychoses, London 1953

grupei maniaco-depresive (RORSCHACH, Psychodiagnostik, p.263), sau nu. In practică acest diagnostic este atât de dificil fiindcă de obicei ciclizii sunt o stare mixtă întredispoziția depresivă uşoară şi hipomania uşoară., care este din multe motive greu de recunoscut ca atare. În primul rând variațiile de la normal ale cicloidului sunt puțin vizibile, apoi mixtura dintre sindromul depresiv uşor şi hipomanie dau în mod obişnuit un tablou general atât de netransparent încât aspectele cicloide ale protocolului pot fi foarte uşor trecute cu vederea.

E de preferat să se procedeze astfel încât dacă se pune problema unei constituții cicloide să se facă o listă cu elementele depresive şi hipomaniacale ale protocolului respectiv si apoi să se constate dacă valorile tuturor factorilor (F+%, succesiunea, G, tipul de percepere, A%, Orig%, număr de K, număr de C, timp, H:Hd) corespund uneia sau alteia din cele două liste. (Există şi o a treia posibilitate, ca valorile din cele două liste nu sunt simple alternative (vezi cap. 14, B). In cazul unor astfel de stări mixte trebuie ca relația dintre F+% cu K să nu fie inversată, aşa cum este în cazul fazelor pure, adică putem să găsim proporția directă, normală, ceea ce poate face şi mai dificil diagnosticul.

Acolo unde cicloidia apare în faze pure, adică cu dispozitii depresive şi hipomaniacale clare, ea este bineînțeles mai uşor de determinat.

Din punct de vedere al diagnosticului diferențial, la tineri trebuie să fim atenți, deoarece la aceştia apar adesea pseudo-hipomanii lezionale (traumatice, postinfecțioase), a căror etiologie organică poate fi adesea trecută cu vederea. La analiza atentă a protocolului aceste encefaloze eretice ale tinerilor sunt în majoritate de recunoscut cu limpezime în Rorschach.

5. *Ixoidia*. Psihopatia ixoidă este starea de mijloc între o constituție ixotimă şi o formă uşoară de epilepsie. Simptomele ixotime sunt aici mai exprimate şi se învecinează cu epilepsia care are doar echivalențe fără crize motorii. STRÖMGREN[1] descrie astfel psihopatia ixoidă:

Foarte pregnantă este tendința de perseverare, atât intelectual cât şi emoțional. Ixoizii tind de aceea să aibă dispoziții foarte stabile, de lungă durată. Contactul lor este exteriorizat si aderent, adesea cu o privire tipică de „câine credincios". Contactul nu ține decât atât cât interlocutorul îi împărtăşeşte interesele şi dispoziția. Ixoizii sunt oamenii obişnuinței, ai rutinei, cu o dezvoltare lentă. Copiii pot rămâne astfel psihic în urma dezvoltării fizice. Motricitatea lor este neajutorată şi greoaie, vocea monotonă fără modulații. Afectiv, sunt explozivi, cele mai mici dificultăți pot declanşa crize de furie. Dr în conformitate cu blajinitatea, blândețea lor regretă apoi acțiunile lor explozive. Copii ixoizi manifestă adesea neliniște nocturnă, se răsucesc în pat, vorbesc în somn și au accese de anxietate nocturnă (pavor nocturn n.t.). Adulții sunt majoritar hipersociali, oameni ai datoriei, zeloşi şi serviabili. Cu toate astea se adaptează dificil în familie din cauza lipsei lor de elasticitate. Uneori se manifestă la aceştia psihoze psihogene. Tendința spre suicid e mare[2]. Deosebit de tipic este pentru ixoizi enuresisul lor rebel, care merge adesea până la pubertate, dar în

1 ERIK STROMGREN, Om Psykopati hos Born in „Boornesagens Tidende", 1941, ediție limitată
2 KARL GUSTAV DAHLGREN, On suicide and attempted suicide, Lund, 1945, p. 147

final dispare de la sine. Constituția corporală a ixoidului este în mod obișnuit atletică sau displastică.

În familia ixoizilor apar: Epilepsiile, migrenele, tulburările de vorbire (în deosebi balbismul), stângăcia, dominanța stângă (! n.t.), tendința spre enurezis, adesea debilitate mintală, și semnificativ de multe nașteri gemelare (STRÖMGREN, Op. cit., p.6). Înrudite îndeaproape și manifestându-se în familiile ixoizilor, respectiv ixotimilor sunt așa numitele îmbolnăviri epileptoide, definite mai bine de către KARL KLEIST ca „Sferă a bolilor de tip criză" ceea ce la SZONDI este definit ca „sfera paroxismală". Se consideră aici Epilepsia afectivă, pyknolepsia[1], narcolepsia, crizelele psihastenice ale lui OPPENHEIM, dipsomania, poriomania și, cum am mai amintit, migrena (KLEIST, Op. cit. p. 57). Aceste boli conțin în parte „câteva elemente în comun" între ele și cu epilepsia și pe altă parte au o anume afinitate între ele și cu epilepsia. (KLEIST, Op.cit. p.62). Toate aceste constituții sunt autonom ereditare, dar cu numeroase interferențe (KLEIST, Op. cit. p. 62/63 și 65). Cercetări mai noi ale scolii de la Heidelberg au arătat că tipul ixoid se găsește preponderent la epilepticii nocturni și la pacienții cu crize psihomotorii (epilepsie temporală), în timp ce psihicul epilepticilor diurni și al piknolepticilor au o mai mare asemănare cu nevroza de caracter isterică.

Anamneza familială este în acest caz o completare importantă a testului Rorschach, la care recurgem de fiecare dată pentru a confirma rezultatul testului când există prezumpția unei constituții ixoide.

Tipul descris de RORSCHACH ca „epileptoid" (cu stereotipii anatomice, cu perseverări, cu tip de rezonanță intimă extratensiv, cu F+% mic, cu multe Orig+/-, tip de percepere G-D, succesiune relaxată, confabulații, valorizări și denumiri de culoare) este doar una din multele variante ale ixoidiei. Stereotipiile anatomice cu perseverațiil apar și la celelalte tipuri, la epilepsia genuină cu caracteristici isterice, și la epilepsia traumatică (BOVET) și fără perseverări se pot găsi practic peste tot (ZOLLIKER, vezi cap. 6). Stereotipia anatomică este aici doar o variantă a adezivității la temă care poate apărea si la alte categorii de conținuturi, de ex. la plante (BOVET)[2].

Sindromul ixotimiei introdus mai înainte (cap.10) poate fi util și în diagnosticarea ixoidiei. Simptomele sunt aici mai puternic exprimate și în locul valorilor cromatice adesea stabile a ixotimilor mai apropia'I de „normal", la ixoizi avem de obicei valori cromatice mai labile, uneori până la o explozivitate.

6. *Labilii dispoziționali* corespund în tabloul Rorschach celor descriși de BINDER ca cei cu „dispoziție disforică durabilă"[3]. BINDER înțelege prin asta „cei care mențin pentru un timp mai îndelungat modificarea dispoziției, fie ea reactivă sau endogenă" și chiar

1 Piknolepsie= temen folosit in literatura germană pentru o formă de epilepsie, cu accese scurte (secunde), repetate diurne, de absență, și eventual manifestări motorii parțiale slabe, stimulate sau nu de stimuli externi și care apare șn mod caracteristic la pubertate . De la grecescul πυκγοσ= des, dens(n.t.)

2 TH. BOVET, Der Rorschach Versuch bei verschiedenen Formen von Epilepsie, Schweiz. Archiv f. Neurologie und Psychiatrie, Vol. 37, p. 156/157

3 HANS BINDER, Die Helldunkeldeutungen..., p. 240

„labilitatea dispozițională autohtonă". Interpretările Clob, ele însele, baza esențială a acestui diagnostic nu arată altceva, decât variațiile disforice ale dispoziției (BINDER, Op.cit. p.240). Când nimic altceva nu poate fi depistat putem vorbi de o *„psihopatie disforică"*.

Sindromul constă într-o sporire a interpretărilor clarobscur (Clob) care nu arare apar în serii consecutive, care pot fi la fel de frecvent D-uri sau G-uri și pot apărea fie la început, fie mai apoi în răspunsurile la o planșă. Poate apărea aici și atracția negrului/obscurului. Răspunsurile Clob sunt adesea colorate afectiv, iar conținutul lor relevă „o uniformitate a stării dispoziționale" (BINDER, op. cit. p. 243). În funcție de dominanța în conținut a mecanismelor de inhibiție a fugii sau a agresivității variația dispozițională se califică drept *depresivă, anxioasă sau iritată.* În timp ce în cazul variației dispoziționale depresive apar aproape numai interpretări Clob, dar nici una, sau foarte puține semnificări cromatice, variantele iritate sau anxioase au, alături de un număr mare de Clob, și valori cromatice labile sporite (C și CF), ca reprezentante ale labilității afective. Persoanele cu CF si C sporite sunt labilii dispoziționali autentici, stricto sensu, dacă nu cumva au și un procent ridicat de Dim.

Iritabilii/emotivii au doar valori cromatice labile ridicate, fără Clob[1]. Dacă ținem să menținem psihopatia hipertimică și explozivă, am putea să introducem emotivii/iritabilii sub această etichetă. Cel mai adesea însă hipertimicii se dovedesc a fi nevrotici (sau psihopați) isterici sau cicloizi hipomaniacali (sau un amestec din ambele),iar explozivii niște ixoizi.

7. *Instabili – abulici (hipobulici).* Sindromul instabil-abulic în Rorschach a fost studiat de asemenea în principiu de către BINDER (Op. cit. p. 243). El pornește de la ceea ce numește „labilitatea dispozițională reactivă obișnuită" care poate fi detectată prin apariția unor interpretări Clob ocazionale, care apar în majoritate ca G-uri și apar ca prim răspuns la o planșă și care au de obicei un conținut neutru. Dacă la acest sinndrom se adaugă „controlul sofropsihic deficitar" (Op. cit, p.245-251) este vorba de un instabil. *Controlul deficitar* se trădează prin interpretări Clob sporite, multiple (ClobF și Clob pur), prin faptul că apar „interpretări clarobscure primitive"(și interpretări de hărți) că se proiectează în planșă „fantasme iluzionare"; din timp în timp apar descrieri de către pacient ale stării sale interioare (mai ales de către isterici pe care BINDER îi socotește printre psihopați), descrieri făcute în model teatral pseudologic. Deja aici devine limpede că există o trecere fluidă între instabilitate și mitomania pseudologică, și în realitate există la instabili adesea trăsături mitomane. In funcție de care trăsături predomină se va categorisi subiectul la o grupă sau la alta.

Unele observații ne-au arătat că sindromul central al lui Binder poate fi completat în diverse părți. În primul rând sunt „interpretările Clob primitive" ale lui BINDER (vezi cap.4, B) care sunt foarte apropiate de *interpretările amorfe de negru și gri* ale lui OBERHOLZER (vezi cap6,nr.50). Deosebirea constă doar într-o nuanțare și va fi greu de decis dacă se vor nota CF sau ClobF. Un răspuns precum "Zăpadă murdară" (Pl.VII)

1 ROLAND KUHN, Der Rorschac'sche Formdeutversuch in der Psychiatrie, Basel, 1940

poate fi notat la fel de bine în ambele moduri. Nici nu ar fi o greșală, dacă ambele tipuri de răspunsuri sunt simptomatice pentru același sindrom și intervin în același protocol (vezi ex. nostru nr. 14). Dar sporirea CF-urilor fără sporirea corespunzătoare a Dim (vezi cap. 9) joacă un anume rol, așa cum a observat și RORSCHACH. Dacă apar K-uri, ceea ce e semnificativ, ele sunt kinestezii de flexie, și răspunsurile complexuale pe care le constituie exprimă adesea pasivitatea și o fixație în identificarea cu mama (și la bărbați). In consecință găsim de asemenea și răspunsuri infantile la instabili.

Sindromul general de instabilitate ar fi următorul: Tip de rezonanță exstratensiv; predominant CF (uneori și C), în general fără Dim sporite; frâne afective insuficiente; interpretări amorfe de gri și negru (OBERHOLZER), control sofropsihic precar (printre care interpretări Clob primitive (BINDER)), kinestezii de flexie, răspunsuri infantile, confabulații (deosebit de exprimate la mitomanie concomitentă) și eventual răspunsuri complexuale, care exprimă pasivitatea sau fixația maternă.

8. *Mitomanii (pseudologii)* sunt, așa cum am spus, foarte înrudiți cu instabilii, fiind oarecum doar o varietate a acestora. Psihopatia pseudologică sau fantască este de recunoscut printr-o *conștiință personală* (în sensul lui BONHOEFFER) *extrem de labilă.* Acești psihopați au tendința de-a se identifica cu cineva din apropierea lor[1]. Această trăsătură o împărtășesc în general cu instabilii, a căror sugestibilitate crescută nu este altceva decât o disponibilitate crescută de identificare.

Pentru mitomani apare ceva deosebit în plus, ce nu aparține instabililor, anume *controlul slab dezvoltat al realității*. Fantezia șirealitatea se întrepătrund precum la copii (compară cu cap.11, A) și în acest sens putem să-i desemnăm drept psihoinfantili, ceea ce sunt de fapt și din alte puncte de vedere decât cel de mai sus.

În testul Rorschach mitomanii manifestă pe lângă indicii generali ai instabilității în primul rând confabulații, fie de tip DG sau simple Orig- „sălbatice", care nu trebuie neapărat să fie DG-uri. Concomitent „factorii de testare a realității" sunt reduși (F+%, Ban%). Cei mai mulți au o aspirație de autovalorizare ridicată, care se traduc în test prin multe G-uri, în cea mai mare parte proaste (G-/+, cel puțin G+/-). Tipul de percepere nu trebuie să fie G pur, dar ponderea principală este a G-urilor. Și în fine,aspirația de autovalorizare se vede adesea și în conținuturi căci mitomanii numesc tot felul de lucruri de care abia dacă au auzit. Animalele și plantele au un aspect „științific", sau sunt exotice, iar între obiecte apar instrumente speciale, obiecte de cult exotice, și alte asemenea, care încă din formulare (confuzii, erori privind expresii profesionale, expresii în limbi străine) ne trădează de obicei necunoașterea pe care o ascunde subiectul și bineînțeles că și acuitatea formală a acestor interpretări lasă de dorit. In fine, ar mai fi de remarcat că la psihopații mitomani apar și k-uri (Kmic). Au putut fi observate și contopiri figură-fond, îndeobște care sunt de marcat ca Orig-.

---

1 ERIK STROMGREN, Om Bevidsthedsforstyrrelser, Kopenhagen, 1945, p. 19

9. Antisocialii nu sunt o grupă omogenă ci prezintă o serie de tablouri de stare heterogene. Fără îndoială că o mare parte din ele sunt nevroze de caracter, iar delimitarea aspectelor de mediu de cele constituționale la aceștia este înalt problematică. De fapt această grupă a fost concepută ca o entitate practică din punct de vedere penal și sociologic, căci văzută mai îndeaproape ea e compusă din mai multe subgrupe, având ca singură trăsătură psihologică comună gradul sporit de agresivitate. Așa avem de ex. „moral insanity" (căreia i s-a dat o accepție mult mai largă dintr-o neînțelegere de limbă[1]) unde găsim un *narcisism puternic* împreună cu *pornire distructivă*[2]. Și într-adevăr antisocialii sunt în general în testul Rorschach identificați prin numărul mare de Dim și numărul redus de FC.

Antisocialii au fost studiați deosebit de bine si aprofundat de către cercetarea Rorschach și două din cele mai bune lucrări din înteaga literatură Rorschach, ale lui BOSS și ZULLIGER se ocupă de aceștia[3].BOSS deosebește trei grade de antisocialitate, puternic, mediu și slab. Cei puternic antisociali sunt *opozanții activi*, cei mediu, *opozanții pasivi* (instabili, efeminați), iar cei slab sunt *cei relativ adaptați și esențialmente nevrotici*. Ultimii, care la rigoare nici nu sunt psihopați, produc numărul cel mai mic de Dim-uri. Tipul său de rezonanță este coartat sau coartativ, cei mai mulți prezintă șoc cromatic. EȘi antisocialii nevrotici dau puține, sau deloc FC și puține sau deloc K, precum celelalte grupe (absența frânelor), dar la ei F% este aproape 100 , iar succesiunea atent inversată, sunt deci mai reținuți decât cei ce au scopul clar.Numărul lor de G este normal, ei au puține Dd-uri(și aici o agresivitate mai mică), un Orig% mic și un A% si Ban% înalt. Caracterul anxios al antisocialității este de observat și prin aceea că are mai mult Hd, decât H și mai mult Ad decât A și apar ocazional Do-uri. În afară de asta ei au multe F(C)-uri (în mai vechiul sens al lui RORSCHACH concepute ca Clob).

Cu psihopații antisociali activi și pasivi lucrurile stau altfel. Aici Dim-urile sunt sporite, mai mult la cei activi (semn al intensității agresivității). Tipul de rezonanță intimă este egocentric- extratensiv, și predomină răspunsurile CF și C (dextrocolor). În locul șocului cromatic apare adesea doar teama de culoare. FC și K lipsesc aproape cu desăvârșire (ca și la prima grupă). F+% este de asemenea înalt aici, iar succesiunea este la activi relaxată până la isolută, la pasivi ceva mai ordonată. G-urile sunt sporite, dar nu întotdeauna bune (G+/-) ele sunt sub presiunea unei pulsiuni de autovalorizare. Dd-urile sunt în general sporite, la activi mai mult, la pasivi mai puțin (impulsul anal spre agresivitate). Aceasta duce la psihopații antisociali la un tip de percepere G – Dd – Dim. Orig+% sunt la activi multe, la un A% redus, la pasivi Orig% e mediu cu un A% mediu (și un Ban% corespunzător). Libertatea de acțiune mai mare a se manifestă prin raportul normal H > Hd și A > Ad. Antisocialii activi au, pe deasupra multe obiecte în conținut. La ambele aceste grupe FC-urile sunt sporite (în

1 ANDRE REPOND, „Gentelman Cambrioleurs" in MENG,"Die Prophilaxie des Verbrechens", Basel, 1948, p. 57

2 PAUL REIWALD, Verbrechen verhutung als Teil der Gesellschaftspsychohygiene, in MENG, Die prophilaxie des Verbrechens, Basel 1948, p.181

3 MEDARD BOSS, Psychologisch-characterologische Untersuchungen bei Antisozialen Psychopathen mit hilfe des Rorschach'schen Formdeutvesuchs, Zeitschr.f. d.ges. Neurologie u. Psychiatrie, Vol.33,1931, p.544-575, -HANS ZULLIGER, Jugendliche Diebe in Rorschach Formdeutversuch, Bern, 1938

sensul extins al lui RORSCHACH). Este evident că *toți* antisocialii nu se simt bine în pielea lor (disforii). Ca urmare a K-urilor frenatorii și în prezența aspirației de valorizare de sine se configurează la ambele aceste categorii o inversare tipică a relației G-urilor cu K+ care aici este invers proporțională.

O categorie deosebită sunt *hoții instabili*. Ei sunt, după ZULLIGER în primul rând de recunoscut prin G-urile lor confabulatorii și tipul de rezonanță extratensiv, prin predominanța CF-urilor și C-urilor. (Confabulatorii intratensivi nu acționează, doar mint.) Acestea ar fi factorii esențiali ai sindromului. Ca factori suplimentari care merg în același sens sunt: o succesiune relaxată, mai mult de un Dim, reducerea numărului de H și Hd, și o puternică tendință spre stereotipizare. Dar toate acestea laolaltă nu ne dau decât tendința spre hoție. Nu va exista acțiune decât dacâ frânele afective sunt abolite, adică dacă subiectul nu dă nici K, nici F(C). Să mai remarcăm că epilepticii hoți dau interpretări F confabulate. Prezența K-urilor confabulate sunt prezente la epileptici, cu tendința de k- și sunt aici fără semnificație. Hoții arestați, prizonieri, nu mai manifestă de obicei acest sindrom al hoțului instabil. Ei dau K–uri, predominant de flexie si manifestă trăsături autiste[1].

Privitor la cleptomani, esențialul a fost spus în capitolul 11,B, II, 6.

10. *Toxicomanii*. Sub acest termen reunim alcoolicii și narcomanii propriu ziși. Privitor la structura „adicției" părerile sunt încă împărțite. Când structura schizoidă când cea cicloidă sunt clamate ca fundament al toxicomaniei. În realitete ambele sunt prezente, la alcoolici în principal cea cicloidă (oralitatea), la narcomani probabil cea schizoidă.

După KRONFELD[2] adicțiile au, din punct de vedere psihologic, trei momente comune: o fugă de conflicte, oferta unui moment de plăcere pulsional și un moment al unui subterfugiu, în care urmările somatice ale maniei sunt pretextul, scuza utilizării substanței. Primele două momente, fuga de conflict și oferta momentului de plăcere, învecinează toxicomania cu nevrozele; În structura lor ele sunt oarecum între nevroze și perversiuni. Psihanaliza presupune, pe bună dreptate,existența unor refulări ale homosexualității ca surse latente ale toxicomaniei. (KARL ABRAHAM, N.MARX)

L.SZONDI vede esența toxicomaniei în „aspirația de-a fi neîntrerupt în legătură cu obiectul dual surogat", unde el înțelege, alături de IMRE HERMANN ca „uniune duală" legătura incestuoasă primară a copilului mic. Dependentul de substanțe spune SZONDI „transferă incapacitatea sa de-a întrerupe uniunea sa duală asupra relației cu toxicul. De aici imposibilitatea de-a întrerupe[3]".

La nivelul de azi al cercetării nu este posibil să recunoaștem adicția, toxicomania din testul Rorschach. Se pot da totuși câteva indicii.

La narcomani apar în practică uneori trăsături ale unei constituții schizoide și aunei suprastructurări nevrotice. Și la mulți alcoolici apar simptome asemănătoare nevrozelor.

1 HANS ZULLIGER, Der Zulliger –Tafeln Test, ed. 2-a, Bern, 1962, p. 78
2 ARTHUR KRONFELD, Psychagogik oder psychotherapeutische Erziehungslehre, în BIRNBAUM, Die Psychischen Heilmethoden, Leipzig, 1927, p. 499/450
3 L.SZONDI, Triebpathologie, Bern, 1952, p.415 și 425

După KLOPFER și KELLEY (p.388/389) aceste semne nevrotice au fost întâlnite și la alcoolicii cronici de către MIALE și HARROWER-ERICKSON „de altfel acești subiecti nemanifestănd clinic semne psihonevrotice".

Răspunsuri complexuale homosexuale se pot găsi ocazional la toxicomani, ca și răspunsuri complexuale care ascund o tendință de autopedepsire (de ex: "Om fără cap", drept K). Dacă cenzura inițială (ca semn al prezenței unui Eu slab) apare la toxicomani, nu am putut stabili până în prezent. Simptomul ar presupune mai multe răspunsuri complexuale „omonime", ceea ce se întâmplă doar foarte rar.

Domeniul toxicomaniei în Rorschach așteaptă încă să fie cercetat sistematic.

III. Pseudopsihopatiile lezionale

Dacă cauza unei tulburări psihopatice este esențialmente un rău dobândit, vorbim de o pseudopsihopatie. Practic marea majoritate a lor sunt de natură lezională. Drept etiologii pot fi considerate: traumatismele cranio-cerebrale, infecțiile (cu precădere encefalitele și meningitele), intoxicațiile (de ex în război, intoxicația cronică cu gaze toxice), tumorile sau atrofiile cerebrale și o serie de alte boli organice mai rare. Mai nou s-a putut reconfirma vechea concepție a secolului XIX, că munca continuă în ture, neregulată, (de ex la feroviari), duce în mod regulat la sindroame organic – neurastenice (BO BJERNER, Stockholm).

Pseudopsihopatiile lezionale se pot delimita clar în testul Rorschach de psihopatiile veritabile și anume caracterul lor lezional este recognoscibil din mixtarea unor părți a sindromului organic Rorschach, care ies din cadrul sindromului psihopatic.

1. *Pseudoastenia lezională* (uneori *pseudo istero-astenia*) este foarte răspândită. Ea este îndeobște posttraumatică sau postencefalitică, dar apare și în intoxicația cronică cu gaz , sau la munca în ture. Se găsește sindromul Rorschach al psihasteniei, dar de obicei fără tipul de rezonanță introversiv. (In stadiul inițial al proceselor cerebrale, de ex. în atrofia cerebrală, poate apărea uneori tipul de rezonanță introversiv.) Caracterul organic al bolii apare de obicei din F% redus, un A% vizibil crescut, apariția de DG, de Orig- sau de perseverații, care – spre deosebire de oligofreni- apare alături de critica si autocritică. Uneori sindromul organic este manifestat și prin tulburările de găsire amnestică a cuvintelor.

2. *Ixofrenia lezională*. Ixofrenia este, după STRÖMGREN, un sindrom cu fixarea dispoziției de reacție (persistentă), o îngustare ireversibilă a orizontului intelectual și emoțional, cu tendință la afectivitate disforică. Este o „alterare caracterială" (Wesenänderung) epileptiformă (în sensul lui STAUDER) de marcă organică[1]. Ea poate apărea la epileptici, cu sau fără crize motorii mari și se dezvoltă uneori pe un substrat traumatic sau organic de altă natură (de ex. postencefalitic) (ixofrenia lezională. Acești pacienți au tendința spre scurte episoade de tulburări de conștiență. Ixofrenia este deci un tablou de stare. Dar fiindcă nu toți traumaticii, encefaliticii, etc. dezvoltă acest tip de reacție se presupune existența

1 ERIK STROMGREN, Episodike Psykoser, Kopenhagen,1940, p. 71/72

aici a unui fundament constituțional care nu este o tară genetică heterozigotă înrudită cu epilepsia. Suntem totuși îndreptățiți să considerăm ixofrenia (chiar în forma lezională) ca o psihopatie constituțională. Ixofrenia lezională ar fi astfel mai apropiată de psihopatia veritabilă decât alte pseudo-psihopatii.

Ar fi de desemnat, așa cum se întâmplă în psihiatria suedeză, ca pacienții cu „alterare caracterială" pe fond ereditar epileptoid, drept ixoizi, iar desemnarea de ixofreni să fie rezervată lezionalilor (traumatici, post-traumatici, postencefalitici, celor cu scleroză multiplă, etc), pentru care noxa exogenă a fost doar momentul declanșator. În mod obișnuit acești pacienți manifestă trăsături ixotime premorbide, care se accentuează doar prin boala organică[1]. Diagnosticul diferențial între ixoizi și ixofrenia lezională este deosebit de dificil, fiindcă sindromul ixoid este atât de asemănător cu cel organic (perseverare în ambele). Labilitatea afectivă și incontinența este în genere mai exprimată la ixofreni, iar denumirea de culoare apare mult mai des aici. Ixofrenii au de asemenea mai multe Orig-. Perseverările mai puternice la ixofreni sunt parțial de natură epileptiformă (aderența la temă, ruminații), parțial de caracter organic (forma brută, direct consecutivă). Un A% mic vorbește de o ixoidie, un A% sporit despre ixotimie. De obicei decizia se ia din alte date clinice (anamneza, electroencefalogramă). (Testul Rorschach e doar un mijloc auxiliar de diagnostic!) De aceea, mai ales aici să ne ferim de diagnostic în orb!

3. *Labilitatea dispozițională lezională* este semnificativ mai ușor de recunoscut din test. Ea e de obicei fie de tip iritabil, fie de tip hipomaniacal. Aici tendințele DG și Orig- sunt înșelătoare și apar bineînțeles perseverările și eventualele confabulații care aparțin de tabloul labilității, mai ales dacă perseverările sunt de tip organic.

4. *Pseudo- instabilitatea (pseudo-labilitatea)* lezională apare mai ales la tineri (post-traumatic, uneori după un traumatism la naștere, sau post-encefalitic). Ea poate fi ușor depistată clinic, iar testul Rorschach poate aduce servicii valoroase aici. Și aici perseverarea este indiciul important, alături de A% mare. Confabulațiile, dimpotrivă aparțin de tabloul instabilității „normale).

5. *Pseudo-mitomania lezională* întră sub auspiciile acelorași condiții ca și pseudo-instabilitatea lezională. Diagnosticul este analog.

6. Antisocialitatea lezională este probabil mai rară decât ultimele două forme numite, dar trebuie să luăm în seamă posibilitatea ei. Deoarece tipul de rezonanță intimă extratensiv, lipsa de K, DG-urile și înmulțirea Do-urilor, parțial și A% crescut apar în ambele sindroame (constituțional și lezional), aici vom fi atenți la o eventuală scădere a lui F+% (care poate avea însă și alte cauze) si în primul rând la perseverări, care nu apar îndeobște la antisocialii „obișnuiți".

---

1 Având prilejul de-a cerceta electroencefalogramele a 67 de pacienți preluate înainte ca aceștia să fi suferit un accident cerebral, EDUARD CRIGEL artă că majoritatea acestora aveau un profil EEG specific post-traumatic. Deci exista o anomalie electroencefalografică iritativă care ar fi putut duce la accidentări. (E.CRIGHEL, comunicare la sesiunea Institutului de Neurologie și Psihiatrie, Bucuresti, 1985) n.t.

C. Evaluarea educabilității tinerilor psihopați

De multe ori expertul Rorschach este pus în fața întrebării dacă din protocol se poate spune ceva despre prognoza pedagogică a unui psihopat, despre educabilitatea lui. Aceasta este în majoritatea cazurilor foarte posibil.

ZULLIGER a dat câteva reguli în cartea sa despre tinerii hoți. Nu avem altceva mai bun de făcut decât să le redăm parțial aici cu încredere.

Întâi trebuie să pornim de la educabilitate în general. General valabil pentru educabilitatea tinerilor ar fi[1]:

„Eucabilitate redusă”		*Educabilitate crescută*
1. FC în număr redus	–	Multe FC
2. CF în număr mare	–	Număr mic (sau nici un) CF
3. Număr mare de C	–	Număr mic (sau nici un) C
4. Număr mic de H și Hd	–	Număr mai mare de H și Hd
5. Număr mic de F(C)	–	Un număr mai mare de F(C)
6. Sugestibilitate redusă sau extensivă	–	Sugestibilitate mare sau mai intensivă
7. Un număr sporit de Dim (Ddim)	–	număr mic de Dim (Ddim)
8. Kinestezii de flexie	–	Kinestezii de extensie
9. Inteligență redusă	–	Inteligență semnificativă”

În afară de acestea pentru psihopați (și bolnavii psihic) ar mai fi în special:

„Sunt cu atât mai puțin educabili cu cât:
Tipul de rezonanță intimă este mai egocentric,
Cu cât produce mai puține K-uri,
Cu cât produce mai multe interpretări Orig-,
Cu căt mai mic Ban% și A%,
Cu cât apar mai des răspunsuri Obiect sau peisaj (gândire infantilă),
Cu cât mai mari rapoartele H:Hd și A:Ad,
Cu cât succesiunea este mai disolută
Cu cât sugestibilitatea e mai negativă (CF, Dim),
Cu cât tipul de percepere se apropie de formula G – D – Dim”

Și privitor la tipul de educabilitate se poate spune câte ceva pe baza testului. Pentru asta ZULLIGER a dat căteva linii directoare (Op. cit. p.162)

Tipul K, pot fi educați mai degrabă „cultivator” adică pe bază de cauze, idei și idealuri.

1 Preluate literal din HANS ZULLIGER, Jugendliche diebe in Rorschach Formdeutversuch, Bern, 1938,p.162, și 122/123

Merge încet dar prinde. *Tipul C* este mai degrabă educabili „civilizator”, adică cu instrucție, deprindere, și dresură. Aici se vor vedea imediat rezultate, dar vor ține doar puțin și de fațadă. *Tipul FC* poate fi abordat mai repede „cu dragoste” , cei cu predominanță *(tipurile) C* sau *CF* vor trebui trebuie „obișnuiți” cu grijă, până când obișnuințele se automatizează. *Tipul Dim*, cu o sugestibilitate negativă mai puternică trebuie mai întâi cuceriți ca „prieteni”; abia apoi se pot da sugestii educative sub formă de „propuneri” de tipul „ca să-ți fie mai ușor” .

Ințeles corect, testul Rorschach poate fi un instrument extrem de sensibil atunci când se pune problema orientării pentru tratamentul educativ al tinerilor psihopați.

Anexă: Tulburări provocate de mediu

Contrariul polar al psihopatiilor sunt tulburările provocate de mediu și se situează la celălalt capăt al unei „scale complementare”. În timp ce la psihopatiile veritabile, fundamentul constituțional este , (sau ar trebui să fie) elementul dominant, la tulburările determinate de mediu, acesta dispare în fața factorilor de mediu. Cu toate acestea uneori este extrem de dificil să se diferențieze clinic la un tânăr o tulburare determinată de mediu de o psihopatie. In testul Rorschach acest lucru este însă posibil. Aici vom proceda în principal la diagnosticul „*per exclusionem*” a acelor simptome care sunt tipice pentru o psihopatie anume (de ex. instabilitatea sau mitomania). Vom detecta ici și colo simptome nevrotice dar aceasta nu determină diagnosticarea unei psihopatii. În multe astfel de cazuri găsim câte un simptom pozitiv care, coroborat cu datele clinice și cu restul de rezultate negative din Rorschach vor determina diagnosticarea unei tulburări exogene. De exemplu în prezența răspunsurilor DimG sau DimD. Ne bazăm pe exemplele publicate de REISTRUP[1].

1 HERMAN REISTRUP, Der Rorschach –Test als Hilfsmittel bei der Diagnostizierung von Millieureaktionen, Acta Psychiatrica et Neurologica, Vol.XXI, 1946, p. 687-697

Capitolul 13
Depresiile

Întrucât depresiile sunt un simptom aproape ubicuitar, poate apărea în diferite boli sau stări, este rezonabil să le tratăm într-un capitol separat.

I. Depresia în literatura Rorschach

Diferitele tipuri de depresie au fost tratate destul de parcimonios în literatura Rorschach de până acum. Cu excepția unor observații particulare dispersate există doar puține lucrări care tratează categorii anume de depresii. O tratare sintetică, sistematică a problemei nu am găsit.

RORSCHACH însuși a prelucrat doar forma cicloidă a depresiei, adică melancolia și formele de depresie mai ușoară din psihoza maniaco-depresivă. Aceasta este cea mai "pură" formă a depresiei, iar sindromul corespunzător găsit de Rorschach stă ca o stâncă în marea nenumăratelor forme de depresii, care, după cum vom vedea, cu o excepție, toate se așează în jurul acesteia. Acesta este sindromul *dispoziției depresive endogene* (redată sub formă tabelară în "Psihodiagnostik"-ul lui Rorschach la p. 263) și care arată după cum urmează: procent de forme bune ridicat (F+%= 80-100) , succesiune mai rigidă, număr de G redus (0-3), modul de percepere redus (D-Do), variabilitate redusă (A%= 60-80), Orig% redus (0-10%), tip de rezonanță intimă restrâns (adică număr mic de K, aproape 0) și dispariția totală a răspunsurilor cromatice. Numărul de răspunsuri este sub medie, timpul de reacție prelungit, F% invers proporțional cu K și apar mai multe Hd decât H.

În formele grave ale melancoliei autentice A% este încă și mai mare (70-90%), numărul de răspunsuri e însă mai mare, îndeobște în jurul mediei, la un timp de reacție de asemenea prelungit. Aici H se reduc uneori până la 0 și se dau multe Hd, pe lângă multe răspunsuri Obj. Prin această modificare a conținuturilor se exprimă pe de-o parte anxietatea (Hd > H) și pe de alta caracterul anal al melancoliei (Obj!).

În afară de sindromul clasic Rorschach amintește doar în trecere de *depresia psihogenă* (p. 27, 81 și tabelul IX, p.246) cu constatarea că a găsit-o ocazional la persoane cu K-uri puține sau mai multe, dar fără răspunsuri cromatice. El nu afirmă însă că toate depresiile psihogene s-ar supune obligatoriu acestui tablou în test.

Această observație a fost cercetată de alți cercetători. MAX MÜLLER o amintește în revistarea sa[1], iar ERNST SCHNEIDER[2] consideră de asemenea că prezența K-urilor este un element de diagnostic diferențial al "depresiei psihogene sau nevrotice", care se recunoaște prin coincidența șocului cromatic cu introversia fără răspunsuri cromatice. Și SKALWEIT[3] face o lozincă în cazul depresiei psihogene din lipsa extratensivității și

1 MAX MULLER, Der Rorschach'sche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse, Zeitschr. f.d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Vol.118, p.617

2 ERNST SCHNEIDER, Psychodiagnostisches Praktikum fur Psychologen und Pedagogen, Leipzig, 1936, p.102,103 și 110 și 126)

3 W. SKALWEIT, Konstitution und Prozess in der Schizophrenie, Leipzig, 1934,p. 10 și 24

consideră (ca și SCHNEIDER) că prezența K-urilor este una dintre puținele (sau cel puțin esențialele) elemente de diagnostic diferențial între depresia psihogenă de cea endogenă. Acest diagnostic diferențial este corect pentru unele cazuri, dar este prea îngust, fiindcă există multe forme de depresie psihogenă fără K-uri (de exeplu unele caractere compulsive, fobici, isterici și unele depresii exogene pure).

OBERHOLZER[1] subliniază pe de altă parte *lipsa* unor *reacții cromatice* mai puternice în depresia psihogenă. Chiar și după ZULLIGER (Bero-Test, p.53) "dispoziția scăzută momentan sau de durată" se exprimă "prin timp de reacție lung, cu puține răspunsuri, dar cu configurare acută, unde pot apărea G-uri, dar lipsesc răspunsurile cromatice". Dar și aceasta se întâlnește doar condiționat; fiindcă există (chiar dacă rar) deprimați care dau răspunsuri cromatice. Așa cum arată GOLDKUHL[2] multe depresii psihogene manifestă doar puține inhibiții, uneori având o gândire chiar relaxată cu producție mare a unor idei depresive și expresii afective de îndoială, cu mai mult sau mai puține explozii paradoxale de afect. Astfel de pacienți pot avea deci chiar un tip de rezonanță intimă extratensiv cu un număr corespunzător de răspunsuri cromatice labile. Am văzut adesea astfel de tipuri de depresie.

BINDER[3] crede că în majoritatea cazurilor nu se poate face distincția între o dispoziție endogenă și una reactivă prin răspunsurile clarobscur (Clob), "deoarece reactivitatea afectivă centrală de care depinde constituirea răspunsurilor Clob se comportă identic în depresia reactivă și cea endogenă".

GUIRDHAM a dedicat un studiu diagnosticului Rorschach al depresiei[4]. După părerea lui GUIRDHAM testul este în unele cazuri la prima prezentare a unui pacient depresiv singurul mijloc accesibil pentru un diagnostic diferențial, dar bineînțeles că nu poate înlocui o observare mai îndelungată. Pe 161 de pacienți deprimați, în majoritate psihotici (melancolii, schizofrenii și halucinoze [delusional insanity]), a găsit următoarele: O reducere puternică a K-urilor și a răspunsurilor culoare, o reducere mai puțin exprimată a răspunsurilor clarobscur, o micșorare a F%, o creștere a Ban% și a Hd% și un tip de percepere G-D-Dd (cu un raport mediu: 10 G: 18 D : 3Dd : 1 Dim). În afară de aceasta el a observat o predilecție pentru părțile centrale (mai ales cele întunecate), o subliniere a simetriei și răspunsuri cu fețe supărate, mânioase. În timp ce GUIRDHAM consideră coartarea tipului de rezonanță intimă ca cel mai sigur simptom a depresiei, el nu a putut confirma reducerea numărului de G, succesiunea rigidă și coartarea extremă afirmate de RORSCHACH.

Acest rezultat al lui GUIRDHAM este de înțeles din eterogenitatea materialului său. Cum diferitele tipuri de depresie conțin diverse părți ale sindromului Rorschach clasic, apar diverse variații când sunt luate împreună.

1 EMIL OBERHOLZER, Zur Differenentialdiagnose psychischer Folgezustande nach Shadeltraumen mittels des Rorschac'schen Formdeutvesuchs, Zeitschr.f.d. ges. Neurol. u/ Psychiatrie, Vol.136, 1931, p. 614

2 ERIK GOLDKUHL, Efterkrigspsykiatri, Festskrift till HENRIK SJOBRING, Lund, 1944, p.85

3 HANS BINDER, Die Helldunkeldeutungen ...etc, p. 243

4 ARTHUR GUIRDHAM, The diagnosis of depression by the Rorschach-Test, The British Journ. Of Medical Psychol., Vol 16, 1937, p.130-145

Din observația sa că răspunsurile clarobscur în depresie nu sunt mai multe decât la normali, GUIRDHAM conchide foarte corect că aceste răspunsuri sunt mai degrabă reprezentantele unei anxietăți nevrotice decât ale depresiei. Apoi, în cazul neliniștii nevrotice din anxietate nu lipsesc doar K-urile, ci, după experiența lui GUIRDHAM, apar și puține (sau de loc) răspunsuri cromatice, astfel că putem trage concluzia că neliniștea motorie fără răspunsuri culoare provine din anxietate (GUIRDHAM, Op. cit. p.143/144). În studiul său despre epileptici GUIRDHAM[1] a putut constata și la epilepticii depresivi un tip de rezonanță intimă coartat sau coartativ.

În fine, ZOLLIKER[2] a cercetat comportamentul factorilor Rorschach în depresia gravidității. Evident a fost aici nivelul mare al lui Anat% cu multe interpretări sexuale feminine. Organe genitale masculine nu interpretează însă gravidele depresive (cu excepția debilelor mental) din animozitatea lor față de bărbat. Chiar interpretări de șarpe apar doar după stingerea depresiei, probabil din același motiv. În mare nu a putut fi găsită nicio caracteristică univocă pentru o depresie reactivă, astfel că "în definitiv un protocol cu aparențe relativ normale nu poate duce la concluzia unei depresii grave" (p. 75), este o constatare de o eminentă importanță.

II. Sistematica depresiei

În general, astăzi, depresiile sunt clasificate în două mari grupe, cele endogene și cele psihogene, sau reactive. Cicloizii nu sunt însă nici pe departe singura categorie din cadrul depresiilor endogene. Depresiile psihogene, pe de altă parte, pot fi pur reactive sau nevrotice (BLEULER)[3], și în fine există o declanșare psihogenă a episoadelor autentice maniaco-depresive. (le-a descris J. LANGE.) BLEULER consideră că un diagnostic diferențial simptomatologic a dispozițiilor endogene față de cele reactive nu este posibilă. (Op. cit. p. 423). Pe punctul de vedere opus s-a situat psihiatrul finlandez (mort în 1941) VÄINÖ MÄKELÄ pe care si-a explicat-o la al 7-lea congres al psihiatriei scandinave[4], anume că "ar trebui să ne străduim să să separăm depresiile psihogene deoarece ele sunt în forma și constituția lor complet diferite". Dar recunoaște că acest diagnostic diferențial "întâmpină întotdeauna dificultăți".

În asta constă marea sarcină a diagnosticului Rorschach, care este în stare, în foarte multe cazuri, să dea psihiatrului un ajutor valoros în acest diagnostic diferențial. Pentru a putea rezolva această sarcină este important să nu configurăm sistematica depresiei mai simplu decât e cazul. Tipuri de depresie există precum nisipul mării, deoarece fiecare constituție dă depresiei o altă coloratură. Într-o revistare privitor la psihiatria postbelică

1 ARTHUR GUIRDHAM, The Rorschach Test in Epileptics, The Journal of Mental Science, Vol 81, 1935, p. 871

2 ADOLF ZOLLIKER, Schwangerschaftdepression und Rorschac'scher Formdeutversuch, in "Psychiatrie und Rorschac'scher Formdeutversuch, Zurich, 1944, p.62-78

3 EUGEN BLEULER, Lehrbuch der Psyciatrie, Berlin, 1960, p.461,467

4 VAINO MAKELA, Uber die abgrenzung der Neurosen und ..., in: Report on Seventh Congress of Scandinavian Psychiatrist, Copenhagen, 1938,p. 366/367

ERIK GOLDKUHL[1] arată că marea majoritate a depresiilor au foarte puțin în comun cu psihoza maniaco-depresivă; întrucât depresia este "reacția general umană la grijile și caznele vieții" și această reacție poate apare la constituții debile, psihastenice, ciclotime, isterice sau la orice tipuri constituționale deosebit de sensibile.

Chiar dacă dorim să ținem cont de această multifațetare, nu trebuie, în nici un caz să renunțăm total la principiul fundamental de împărțire (endogen – reactiv). Trebuie doar să avem clar în minte că în patogeneza depresiei există un joc reciproc, mai mult sau mai puțin complicat între datele ereditare și factorii de mediu, astfel încât depresii pur endogene și depresii pur reactive nu se întâlnesc aproape niciodată. Am putea, poate, să împărțim toate depresiile în funcție de ponderea pe care o au factorii genetici și cei de mediu în etiologia lor în patru mari grupe, din care primele două sunt preponderent condiționate genetic (depresii endogene în sens mai larg), iar ultimele două sunt condiționate preponderent de factorii de mediu (depresii exogene în sens mai larg). Am încercat să punem aceasta în forma schemei de la pagina următoare. În această schemă la stânga sunt depresiile preponderent determinate ereditar, iar la dreapta cele preponderent determinate de mediu. Ambele coloane exterioare cuprind formele în care fie mediul (stranga), fie ereditatea (dreapta) joacă doar un rol minor. La mijloc este regnul majorității depresiilor in care mediul și ereditatea apar cu o pondere mai mică sau mai mare.

În prima coloană avem *depresiile endogene* care sunt adesea ciclice și și majoritar depresii periodice ale psihozei maniaco- depresive (precum se știe ele manifestă adesea doar episoade depresive fără episoade maniacale vizibile), apoi depresiile din schizofrenie și din epilepsii, o bună parte din depresiile "organice" (senile climacterice, sau presenile și probabil și cele arteriosclerotice atâta timp cât boala de bază este preponderent determinată ereditar), precum și depresiile kriptogene, probabil condiționate endocrin.

În coloana a doua am considerat unele psihopatii cu tendință spre depresie secundară. Aceste depresii au fost desemnate drept *constituționale*, pentru că înțelegem termenul de constituțional în sensul psihiatrului judiciar suedez OLOF KINBERG, care le definește drept "produsul din predispozițiile date și factorii *obișnuiți* de mediu de natură internă, umorală și externă de natură fizică-cosmică, respectiv psihologică", adică un produs din predispozițiile ereditare și mediul geografic și de grup social (deci constelația familială nu aparținede aceasta). Predispoziția propriu zisă joacă aici doar rolul unei "potențialități"[2]. În acest sens psihopatiile sunt constituționale.

Coloana a treia cuprinde marea masă a depresiilor nevrotice pe care le-am desemnat drept *dispoziționale*, deoarece au la bază o dispoziție în sensul lui FREUD, adică o tendință spre o reacție nevrotică dobândită în urma unei trăiri infantile timpurii unde însă și constituția sexuală joacă un rol[3]. Aici preponderentă este partea de mediu. Am putea numi

1 ERIK GOLDKUHL, Op. cit, p.81

2 OLOF KINBERG, Det Biopsykologiska konstitutionsproblemet, in: Manniskokunskap och Manniskobehandling, Stockholm, 1941,p.335, 336

3 SIGMUND FREUD, Vorlesungen zur Eifuhrung in die Psychoanalyse, XXIII, Gessamelte Werke, Vol. 11,London 1940

Depresii

Preponderent condiționate genetic (endogene in sens larg) ⇓

Preponderent conditionate de mediu (exogene în sens larg) ⇓

1. Endogene	**2. Constitutionale (psihopatice)**	**3. Dispoziționale (paleoreactive, nevrotic- psihogene)**	**4. Exogene**
a) Periodice (ciclice) (maniaco-depresive) b) Schizofrene c) Epileptice d) Endogen - organice (Senile, de climacteriu, sau presenile arteriosclerotice?) e) Kriptogene (determinate endocrin)	a) Psihastenice (*Janet*) (Hipobulie) b) Psihopatii senzitive (*Kretschmer, Kahn*) c) Psihopatii astenice (*Schneider*) d) Psihopatia depresivă (*Schneider*) (=labilitatea depresivă a lui *Binder* sau dispoziția depresivă persistentă)	a) nevrotic anxioase simple b) fobice c) Anancaste (componente compulsive de însoțire) d) isterice (componente de însoțire atipice) e) Caracterogene (acumulari agresive și inhibiții la fixații orale sau anale)	A. Somatogene (post-encefalitice, în paralizia progresivă, post-infecțioase, sau post-intoxicație cerebrală) ⇓ Abordabile terapeutic prin tratarea bolii de bază B. Exogen-psihogene (neoreactive) a. Doliul normal b. Reacția la mediu c. Reacții depresive la boli organice
⇓ Abordabile psihofarmacologic, și prin terapie electroconvulsivantă	⇓ Dificil de abordat terapeutic	⇓ Abordabile psihoterapeutic	⇓ Abordabile prin terapia ambientală, și tratarea bolii de bază

În plus, depresiile în Basedow, oligofrenie și la pubertate

aceste depresii dispoziționale drept *paleoreactive*, așa cum am propus în "Rorschachiana I" (pag.135), deoarece reacția depresivă are la bază o reacție prelucrată, dintr-un stadiu timpuriu al dezvoltării psihice.

În contrast cu acestea sunt depresiile *neoreactive* adică depresiile exogen-psihogene în sens restrâns, prin stimuli recenți din ambient sau provocate de boli organice dobândite târziu, la care personalitatea reacționează cu o depresie. De depresiile exogene aparțin și depresiile somatogene în măsura în care se datorează unor afecțiuni infecțioase cerebrale.

Există un mic rest ce nu poate fi categorisit fără a forța lucrurile în aceste patru grupe. E vorba despre depresiile ce apar spre exemplu în boala Basedow, la oligofreni , sau la pubertate, la care adesea nu este posibil să decidem dacă primar este factorul ereditar-constituționale sau cel exogen.

Împărțirea depresiilor în aceste patru (respectiv cinci) grupe are nu doar avantajul unei ușurări ale plasării diagnostice, dar configurează totodată o evaluare brută a evaluării terapeutice. Dacă de exemplu depresiile endogene în mare par a fi abordabile medicamentos și prin terapie electroconvulsivantă, depresiile dispoziționale (nevrotice) sunt domeniul specific al psihoterapiei (în special al psihanalizei). Depresiile neoreactive se rezolvă în general cu terapie ambientală și ergoterapie (eventual combinată cu tratamentul unei boli somatice), în timp ce terapia depresiilor direct somatogene, are ca punct central, desigur, tratamentul afecțiunii de bază.

Depresiile constituționale sunt greu abordabile terapeutic. Aici chiar și terapia de șoc eșuează adesea.

III. Diagnosticul Rorschach al depresiilor

Diagnosticul fiecărei forme individuale de depresie cu ajutorul testului Rorschach nu este, din fericire atât de complicat, așa cum ar părea, la prima vedere, din această schemă. Ne putem baza în mare parte pe lucruri deja dezbătute.

1. E bine să începem întotdeauna cu *sindromul clasic al lui* RORSCHACH (prezentat mai înainte). Într-o formă pură, sau aproape pură, sindromul apare doar în psihoza maniaco-depresivă autentică (și aici doar în cazurile în care nu avem imixtiuni ale unor factori psihogeni) și - fapt remarcabil – în depresiile aproape pur reactive, mai ales în *doliu*. Putem spune că "les extremes se touchent", iar aceasta este adevărat în măsura în care extremele schemei noastre constituie faptic formele cele mai "pure" ale depresiei, ca să spunem așa "depresia în sine". Travaliul doliului, care este declanșat nu doar de pierderea unei persoane apropiate ci și de pierderea unor lucruri dragi sau care au valoare pentru noi, are o foarte mare asemănare psihologică cu mecanismele sufletești ale melancoliei. Așa cum arăta FREUD[1] singura deosebire dintre aceste două stări constă din lipsa unei tulburări ale sentimentului (imaginii) de sine [Selbstgefühl]. În timp ce doliul constă într-un travaliu de soluționare în cazul pierderii reale a unui obiect, melancolia este reacția la pierderea unui

1 SIGMUND FREUD, Trauer und Melancholie, Gessamelte Werke, Vol.10, London, 1946, p.428-446

obiect inconștient. Ca urmare a unei identificări narcisice cu acest obiect pierdut, acuzațiile provenite originar dintr-un conflict al ambivalenței se transformă în autoreproșuri și jale. Inhibiția generală și pierderea interesului este, în ambele cazuri, doar consecința secundară a absorbției Eu-lui de către travaliul interior al doliului. Conflictul ambivalenței inconștiente din psihoza maniaco-depresivă este presupus a fi cauza mai profundă a al tipului de rezonanță intimă ambiegal, tipic pentru aceste stări, pe care depresia endogenă precum și stările maniacale și hipomaniacale îl împărtășește cu nevrozele compulsive. (Chiar și tipul de rezonanță intimă golit, coartat este doar un caz particular al tipului ambiegal).

2. Toate celelalte forme de depresie conțin doar *părți* din sindromul depresiv clasic (*sindroame deresive abortive*), dar totuși suficiente pentru ca depresia să fie recunoscută limpede. (O excepție face depresia caracterogenă din pura inhibiție a agresivității, care are sindromul ei propriu ca mai jos). Fie apare o reducere a G-urilor cu o deplasare mai mult sau mai puțin observabilă a modului de percepere către D-Dd, adesea cu unele răspunsuri Do și cu un A% de obicei sporit, dar cu păstrarea K-urilor. Latura cromatică a tipului de rezonanță intimă poate dispărea, dar poate să rămână (precum în unele depresii nevrotice). Sau se manifestă o coartare puternică a tipului de rezonanță intimă și probabil și un A% ridicat cu păstrarea modului de percepere, etc. Apar aproape toate combinațiile posibile, dar caracterul depresiv al tulburării se poate întrevedea din incongruența diver1ilor factori, adică din devierea de la corelațiile normale. Recunoașterea caracterului depresiv al diferitelor tulburări se produce în principiu în același mod în care se recunoaște inhibiția afectivă a inteligenței (care este în mare parte depresivă). Caracterizarea etiologică mai îndeaproape a stării reușește apoi prin constatarea ulterioară în protocol a unor seme (simptome Rorschach) pozitive specifice (șocuri, alte fenomene speciale, anumite sindroame).

3. Înainte de-a intra în detalierea formelor individuale de depresie va trebui să amintim unii factori *comuni tuturor* depresiilor.

În formele grave de depresie interpretarea este trăită de obicei penibil, dureros. Apare atunci o *neplăcere* absolută *a interpretării*, care e exprimată adesea direct. Astfel o melancolică se plângea de "imaginile neclare. Mulți deprimați încheie puținele răspunsuri pe care le dau cu formule de tipul: "asta e tot", sau "mai mult nu știu", ori altele asemenea, ceea ce BECK a numit "formula de resemnare"[1], care este un clar simptom de neplăcere a interpretării.

Apoi putem vedea că toate depresiile îngustează tipul de rezonanță intimă, dar nu îl modifică esențial calitativ. Exisă, așa cum am spus, depresivi cu tip de rezonanță intimă introversiv, dar și din cei cu tip extratensiv. Putem considera astfel că aceștia au același tip de rezonanță intimă, dar mai dilatat în stari lipsite de depresie.

În fine, negrul ca valoare cromatică apare ocazional la toate tipurile de depresie, spre deosebire de alb și gri care sunt foarte rare (în contrast cu ixotimi și epileptici, unde pot apărea toate trei tipurile de reacții).

4. *Tipuri individuale de depresie:*

a) Formele non-melancolice din grupul celor endogene variază mai mult sau mai puțin de la forma "clasică" a sindromului depresiv. *Schizofrenii depresivi* au de obicei un tip de

1 SAMUEL J. BECK, Rorschach's Test. III., Advances in interpretation, New York, 1952, p.226

rezonanță intimă coartat, au uneori mai mulți H decât Hd și nu rar, cu toată depresia manifestă, au un timp de reacție scurt. Bineînțeles că F+% este îndeobște mai puțin bun. În rest diagnosticul se configurează din indiciile schizofreniei.

Și *epilepticii depresivi*, așa cum ne comunică GUIRDHAM (vezi ante), au un tip de rezonanță intimă coartat sau coartativ, dar poat diferi semnificativ de tabloul sindromului melancolic. Ca urmare a perseverației lor care se produce fără prea mare atenție asupra calitații formei, nici ei nu au un F+% prea bun, iar ca urmare a tendinței ;or la confabulare au de obicei și câteva Orig-.

Dintre formele senile, *depresia arteriosclerotică* este cea mai apropiată de sindromul clasic. Dar și aici, în urma demanțierii, F+% este foarte mic.

Demenții senili au, atunci când sunt deprimați un tip de rezonanță intimă mai puțin extratensiv, dar mențin modul de percepere accentuat D-G.

Depresiile de *climacteriu* sau cele *presenile,* "psihozele de involuție" ale lui MEDOW au fost descrise de RAPAPORT[1]. Aici mai apar răspunsuri cromatice, dar nu C-uri pure, iar numărul de răspunsuri poate fi chiar mare. F+% poate varia ("poate fi foarte mare sau foarte mic"), iar G-urile sunt numeroase. A% mare nu apare aici adesea. Părți ale sindromului depresiv clasic mai rămân totuși fiindcă abaterile nu apar toate de-odată (exemple la RAPAPORT). După RORSCHACH (p.81) și aceste "melancolii climacterice" ca și depresiile psihogene să mai aibă K-uri.

b) Depresiile *constituționale* sunt de diagnosticat după psihopatia care o întemeiază (vezi capitolul dedicat) și manifestă adesea modificări limpezi ale Tipului de rezonanță intimă și al modului de percepere. Psihastenicii manifestă adesea un tip de rezonanță intimă introversiv. "Psihopatia astenică" a lui KURT SCHNEIDER este o constituție neurastenică cu tendințe de depersonalizare și înstrăinare și se suprapune în principiu peste psihastenia școlii franceze și a celei de la Lund.

c. Depresiile *dispoziționale, paleoreactive* ale nevroticilor sunt ușor de recunoscut. Dacă la *nevroticii anxioși* și la *fobici* ușoara depresie care apare aproape întotdeauna ca însoțitoare a anxietății se manifestă mai puternic, aceasta este de observat nu atât în tipul de rezonanță intimă ci în modul de percepere. Deplasarea spre Dd-Do se accentuează mai puternic, interpretările Clob apar mai fecvente, iar A% crește de cele mai multe ori. Privitor la F+% nu putem fi atât de siguri datorită apariției răspunsurilor proaste anatomice ce apar adesea.

Nevroza compulsivă tinde, prin natura sa spre depresie, ca o consecință a inhibiției agresivității. Depresia se manifestă în reducerea de K-uri și de G-uri, deplasarea modului de percepere spre Dd-Do (unde apar și unele răspunsuri Dim), un F+% mare și a rarelor răspunsuri cromatice. La o intensitate mai mare a depresiei caracterele compulsive pot fi uneori complet coartate. Vom avea atunci chiar discrepanța maximă între un F+% de 100 si K=0.

În *isterie,* dimpotrivă, depresia este atipică. Dacă la isteric se găsesc semne clare ale depresiei (care nu se produc de obicei în detrimentul răspunsurilor cromatice, ci se văd

1 DAVID RAPAPORT, Diagnostic PsychologicaL Testing, vol.II, Chicago, 1946, P.384

în succesiunea modurilor de percepere) atunci este vorba de o *nevroză mixtă*, adică cu o imixtiune a unor trăsături fobice sau compulsive, sau este vorba de o *constituție psihastenică* ca bază, iar depresia nu este decât o trăsătură secundară a psihasteniei (și atunci, de obicei nu prea profundă), sau, în fine, depresia se întemeiază pe *o inhibiție a agresivității*. Despre această a treia posibilitate NUNBERG[1] scrie: “Faptul că și în isterie, sub masca simptomelor pot sta ascunse puternice tendințe de ură se explică prin ambivalență. Una dintre cele mai frecvente reacții la decepția, înșelarea în dragoste, mai ales în copilărie, nu este indiferența ci ura. Multe relații amoroase trecute s-au transformat în ură. Astfel există isterici depresivi, care se agață de partener cu dragoste aparentă, dintr-un singur motiv deoarece nu s-au putut încă răzbuna. Aceștia par la o prima vedere superficială ca melancolici”. Astfel de isterici manifestă, în afara unui A% oricum ridicat și a deplasării spre un mod de percepere Dd-Do, o sporire a răspunsurilor Dim, ceea ce nu apare în general la isterici.

d) Forma specifică de depresie pe care am desemnat-o drept *caracterogenă* (RORSCHACHIANA I), care aparține fără excepție depresiilor paleoreactive prin structura ei de nevroză de caracter, dar care prin relativ marea ei răspândire, dar și prin sindromul ei complet diferit de sindromul “clasic”, merită discutată separat.

Deja FREUD a atenționat în “Inhibiții, simptome și anxietate”[2] asupra semnificației inhibiției anxietății în generalizarea inhibiției generale din stările depresive. În cercetarea psihanalitică ulterioară acest punct de vedere a fost tot mai mult subliniat (FRANZ ALEXANDER, TORA SANSTRÖM). În lucrarea sa “Constructul depresiei”, GERÖ[3] a descris acest mecanism în detaliu. După GERÖ această depresie psihogenă constă în agresiunea împotriva unui obiect introiectat. Acestei agresiuni provin ca urmare a unei anxietăți genitale determinată de regresia libidoului la un stadiu pregenital (mai precis cel oral), care cere lumii exterioare nevoi infantile de neînplinit. După părerea lui GERÖ sentimentul de culpabilitete inconștient atât de des întâlnit și o eventuală nevoie de pedeapsă determinată de acesta se fundamentează pe agresivitatea inconștientă.

Această formă de agresivitatate (care este conținută și în alte forme de depresii) se manifestă în forma ei cea mai pură în Rorschach prin tr-un număr *sporit de răspunsuri Dim* (până la valori exorbitant de mari), legate de *manifestări de frânare și inhibiție*. Fie există multe K-uri și îndeobște și G+ la un F+% bun, fie doar puține K-uri, dar atunci apare obișnuit șoc cromatic cu *multe descripții*. Foarte adesea se întâlnesc răspunsuri complexuale orale (buze, dinți, boturi deschise, fețe care scuipă, etc.), iar în afară de aceasta, o sporire a răspunsurilor G poate fi interpretată ca expresie a unei puternice oralități (ZULLIGER, vezi cap.11). Depresia în sine se arată doar printr-o reducere a răspunsurilor cromatice, o creștere a Dd-urilor și apariția unor eventuale Do-uri, prcum și în raportul frecvent Hd > H. Timpul de reacție este adesea ușor prelungit, dar nu întotdeauna, iar uneori apar interpretări Clob.

Apariția Do-urilor, după FRITZ SOLOMON, care le-a considerat ca semne ale agresivității convertite (cel mai ades orale), ar fi de așteptat în acest context.

1 HERMANN NUNBERG, Allgemeine Neurosenlehre, Bern, 1932,p263
2 SIGMUND FREUD, Gessamelte Werke, Vol.14, London, 1948, p.117
3 GEORG GERO, Der Aufbau der Depression. Intern. Zetschr.f. Psychoanalyse, Vol.22, 1936, p.379-408

În forma sa caracteristică (multe Dim, multe K, puține C, înmulțirea Dim la tip de rezonanță intimă introversiv) acest tip de depresie este *negativul psihopatiei antisociale*, așa cum a fost descrisă de către BOSS (multe Dim, puține K, mult C, adică sporirea de Dim la tipul de rezonanță intimă extratensiv). Tipul de rezonanță intimă este aici invers, dar agresivitatea mare este comună celor două stări. Ceea ce depresivul are prea mult ca inhibiții, antisocialul are prea puțin. Probabil că agresivitatea crescută este dobândită (educație, mediu social, trăiri din copilărie și tinerețe, "creșterea"), în timp ce capacitatea sau incapacitatea de-a inhiba (sau mai bine de-a frâna) a parține factorilor constituționali. Dacă un om a dobândit această agresivitate crescută atunci cel cu o constituție normală va utiliza resursele sale de inhibiție și frânare pentru a nu deveni un antisocial, adică el va dezvolta o nevroză de caracter, în timp ce psihopatul nu este în stare să-și inhibe agresivitatea. Inhibiția, în cel mai larg sens al cuvântului, este, așa cum a arătat ERNST SCHNEIDER[1] (ca refulare, uitare, amnezia infantilă) este o manifestare specific umană "culturală".

Dar și psihopatul nu ar fi devenit antisocial dacă mediul nu ar fi indus în el această cantitate exagerată de agresivitate. Aici este punctul de abordare al psihoterapiei. Nu-i putem implanta inhibiții celui neinhibat, dar putem să-i facem posibil, sau să-i facilităm să se descurce într-o oarecare măsură dacă îi putem soluționa în interior tensiunile agresive sau le va putea redirecționa spre moduri benigne social sau chiar utile social.

Analog este și în depresia de inhibiție a agresivității unde abordarea psihoterapeutică nu se face dinspre inhibiție ci dinspre agresivitate. Tensiunea agresivă poate fi diminuată prin deturnarea spre un scop social acceptabil, în timp ce inhibiția agresiunii directe ("antisociale") constituie "normalitatea" culturală inevitabilă a acestor oameni.

O ilustrare a acestor mecanisme ne dă fondatorul mișcării de igienă mentală CLIFFORD BEERS, care în biografia sa[2] ne povestește că, copil fiind era " exagerat de timid" (p.16) și sarcastic (p 17). Și aspectul oral este aici prezent: Era membru al unui cor de băieți și gata de dispute verbale (p .17). Înjurăturile au jucat și ele un rol tot mai mare în manifestările maniacale al psihozei sale. La cel mai mic stimul el devenea agresiv oral și bucuria asociată o descrie cu o fină capacitate de autoobservare.

La final trebuie să mai observăm ceva: Chiar în formele inhibate agresivitatea este vizibilă pentru observatorul experimentat. Așa cum plângerile melancolicului calcă pe nervi pe cei din ambientul lui și alți depresivi (nevrotici și psihopați) au o "notă agresivă" recognoscibilă. " Ce e asta o făptură senzitivă?" întreabă OSCAR WILDE[3], și dă apoi frumosul răspuns: "O făptură, care îi calcă pe ceilalți pe picioare mereu fiindcă are el însuși ochi de găină" – Dim –urile testului Rorschach sunt indicatori de agresivitate, chiar și atunci când sunt legate de un tip de rezonanță intimă introversiv. Inhibiția nu este aproape niciodată totală.

1 ERNST SCHNEIDER, Hemmung und verdrengung, Scweiz. Zeitschr.f.Psychologie, Vol.6, 1947, p.54-63
2 CLIFFORD W. BEERS, A Mind that Found Itself, New York, 1909, trad germ . Basel, 1941
3 OSCAR WILDE, Povestiri, Racheta eminentă

Anexa I: Amfitimiile[1]

I. Concept și tipuri

Denumirea de amfitimie, sau stare mixtă pentru o dispoziție dublă concomitentă a fost introdusă de HELLPACH și a fost utilizată și de KURT SCHNEIDER. HELLPACH înțelege prin ea doar un caz special de limită al stărilor mixte al psihozelor maniaco-depresive. El scrie:[2] "Prin anfitimie se înțelege starea apropiată de starea fiziologică constituțională a psihicului, o "naturalețe" a caracteristicilor patotrope ale maniaco-depresivului. Dubla dispoziție manifestă, ca și stările mixte maniaco-depresive conțin în sinteză elemente de sporire a performanțelor fizice și psihice cu elemente de reducere a lor. În funcție de aceasta se pot deosebi două forme: echivalente fiziologice ale inhibiției maniacale și ale iritării depresive".

Noi întrebuințăm aici termenul nu doar pentru stările mixte endogene, respectiv paralelele lor fiziologice ci o definim într-un sens mai larg: Prin amfitimie înțelegem existența concomitentă ale unei dipoziții depresive și a uneia vesele, fără a lua în considerare dacă acestea sunt de natură endogenă sau psihogenă. De obicei cele două dispoziții sunt la nivele diferite ale personalității. Putem utiliza aici în acest scop teoria nivelurilor a lui Max Scheeler, care în fenomenologia sentimentelor, afectelor (thymopsyche) deosebește patru niveluri: 1.Sentimentele (afectele) senzuale, 2. Sentimentele (afectele) vitale, 3. Sentimentele (afectele) eului (de eu) și 4. Sentimentele (afectele) spirituale. Diversitatea dispozițiilor pe diverse nivele poate fi complet fiziologică, normală. Amfitimia duce la ambivalență nevrotică doar când contradicția se află la același nivel.[3]

În unele cazuri cu alternarea rapidă a dispoziției amfitimia poate să se confunde cu așa numita poikilothymie (sau poikilotimie), o schimbare de dispoziție nestatornică și capricioasă care este oricum o depresie psihogenă cu tentative de compensare[4].

Se pot deosebi *trei forme de amfitimie*:

1. Forme mai mult sau mai puțin fiziologice de *stări mixte cicloide* endogene, la care contribuie adesea și complicații psihogene.

2. O depresie endogenă cronică cu fuga în banalitate sau în exaltare concomitentă, adică o stare care are o anumită asemănare cu agitația din depresiile endogene pure.

3. O hipomanie cronică cu o depresie psihogenă, corespunzătoare inhibiției maniei. Această stare apare în exterior ca un soi de flegmatism prietenos.

Acestea sunt cele mai frecvente forme. Există probabil și altele spre ex. acelea în care ambele dispoziții sunt psihogene. Totuși în majoritatea cazurilor un temperament cicloid stă la baza stării.

---

1 Din grecescul "thymos",însemnând afectivitate, dorință, nevoie internă. Platon o consideră o parte a lui "psyche" alături de "noos" –intelect și "eros"-pasiune. = alternare sau concomitență de stări mentale opuse, euforie si depresie (n.t.)

2 WILLY HELLPACH, Uber Amphithymie (Zweimut), Neurologisches Centralblatt, Vol.38, 1919,p.720/721

3 PAUL J. REITER, Neuroserne og deres Behandling, Kopenhagen, 1945, p.141

4 PAUL J. REITER, Op. cit, p.16 și 41

II. Diagnosticul Rorschach al amfitimiilor

Testul Rorschach se pretează cu predilecție la descoperirea acestor interesante stări mixte.

1. De stările mixte cicloide pure am vorbit deja la cicloidii (cap.12, B)

2. *Fuga de depresie* poate apărea în două variante

a) Una este *fuga (refugiul) în banalitate*. Aceste persoane doresc să-și stingă, să-și anuleze personalitatea și se aruncă în modul de viață al colectivității. Ele vor să se scufunde în masa mare și să nu fie confruntate cu neputința singurătății și cu anxietatea lor de unii singuri. ERIC FROMM a descris foarte frumos acest mecanism în cartea sa "Teama de libertate"[1]. El o numește "automaton conformity". Individul încetează de-a mai fi el însuși. El ia din ambientul uman înfățișarea modelului cultural. "Discrepanța dintre 'Eu' și lume dispare și cu ea teama conștientă a singurătății și neputinței" . Sentimentul singurătății și anxietatea nu mai există astfel. Această sarcină a personalității se constituie însă doar la suprafață. Tonul acompaniator depresiv apare în fundal. – În testul Rorschach se va manifesta această cătare deliberată către "populism" prin numărul mare de răspunsuri banale aruncate repede. Faptul că nu este vorba de banalitate "autentică" o mărturisesc puținele răspunsuri rămase, care pot fi uneori chiar originale și reflectă adevăratul nivel al personalității.

b) O formă mai frecventă a fugii de depresie este *fuga (refugiul) în exaltare*, un mecanism care amintește întrucâtva de "fuga (refugiul) în manie" a lui KURT SCHNEIDER. Persoana este la suprafață veselă și prietenoasă și se manifestă uneori ca sub un impuls spre agitație psihică și acțiunală. Sub fațadă însă, licărește continuu dispoziția elegiacă, depresivă. Acești oameni se numără printre cei mai iubitori și săritori în a ajuta semenii, emanând un șarm personal special. Am putut urmări mai multe astfel de cazuri. Protocolul Rorschach ne arată un timp de reacție foarte scurt, un tip de rezonanță intimă dilatat (într-un caz 4:9!), cu un Orig% (±) chiar foarte mare, adică tabloul exterior al unei hipomanii. În contrast însă, ceilalți factori: Hd>H, uneori (nu întotdeauna) un A% mare, apariția de răspunsuri Do și ClobF, o inversare parțială a succesiunii și uneori șoc la negru (obscur). "Mascarea" poate reuși atât de bine încât doar foarte puțini factori de depresie lasă să fie recunoscută adevărata stare. Faptul că fuga (refugiul) în banalitate nu e decât o variantă a fugii (refugiului) în exaltarene arată exemlul nostru nr.18, în care primul protocol aparține fugii (refugiului) în banalitate, iar al doilea, Bero protocol, luat după șase ani este o formă personificată a fugii (refugiului) în exaltare. Deosebit de grăitoare în aceste două protocoale sunt răspunsurile complexuale.

3. Suprapunerea unei *depresii psihogene* peste o *hipomanie cronică* furnizează un tablou asemănător, doar că sindromul hipomaniacal este aici mai exprimat. Într-un caz testat de două ori la interval de câteva zile am găsit aproape întreg sindromul hipomaniacal clasic (vezi capitolul următor). La primul test el era complet, apărând însă concomitent o înmulțire a răspunsurilor Clob, adică o disforie reactivă. Aceasta a dispărut la al doilea test, astfel că F%

1 ERIC FROMM, The fear of freedom, London, 1945, p. 160

a ajuns până la 90% iar raportul H/Hd s-a inversat în Hd>H. Desigur că sunt posibile și alte variante.

Diagnosticul diferențial al amfitimiilor, anume al formelor pur endogene de formele mixte maniaco-depresive deja psihotice este o chestiune de cantitate și nuanțe.

Anexa II: Rezumat privind tulburările de dispozițiile[1]

Diferitele tulburări de dispoziție au fost tratate în această carte în diferite părți, corespunzător cu etiologiile lor heterogene. Urmare a unei provocări a lui W. MORGENTHALER am introdus aici un rezumat sintetic al diagnosticului Rorschach al tulburărilor de dispoziție, care trimite și la locul unde au fost prezentate în această carte respectivele sindroame Rorschach.

1. Tulburarea de dispoziție depresivă endogenă este în primul rând forma cicloidă (dispoziția melancoliformă). Găsim sindromul Rorschach clasic al acestei forme la începutul cap.13. Celelalte forme constituționale și dispoziționale depresive ca și depresia pur exogenă mai ales doliul sunt tratate în continuare în cap. 13.

2. Tulburarea de diispoziție maniacală endogenă este tratată în cap. 14, B.

3. Amfitimiile (sindroamele de fugă din depresie și depresia psihogenă suprapusă peste o hipomanie) sunt tratate în anexa 1 a cap. 13.

4. Tulburările de dispoziție a labililor emoțional sunt tratate în cap. 12, și descrise comform datelor lui BINDER în funcție de conținutul răspunsurilor Clob având aspecte predominant depresive, anxioase sau iritative.

5. Tulburările de dispozițiile ale epilepticilor, ixotimilor și ixoizilor (aproape toate disforii iritate) sunt diagnosticate din afecțiunea de bază, respectiv a sindromului constituțional, (cap.10, II– Tipuri constituționale, 12,B - psihopatii și 14,C - psihoze) la cere mai apar variațiile datorate răspunsurilor Clob la cap 9 –afectivitatea.

6. Tulburările de dispoziție vesele, sau iritate cu fundament lezional sunt tratate la “pseudopsihopatii lezionale” în capitolul 12, III.

1 În limba germană “Verstimmung” are sensul de dezacord, proastă dispoziție, dizarmonie (n.t.)

Capitolul14
Psihozele

A. Schizofreniile

I. Generalități

Se știe că diagnosticul de „schizofrenie" este pus în clinică în diverse moduri, în funcție de înțelesul expansiv ori restrictiv al conceptului.

Diagnosticul expansiv al școlii lui BLEULER (schizofrenie simptomatică) se referă la o grupă de psihoze delimitată preponderent simptomatologic, cu prognosticuri și probabil și etiologii diferite. Diagnosticul restrictiv al schizofreniei întemeiat aici, are în vedere, dimpotrivă, o grupă de boli cu un pronostic aproape unitar, este deci, în esență, un diagnostic de evoluție (proces) al schizofreniei. Așa cum rezultă din cercetările de ereditate biologică mai noi, e vorba după toate probabilitățile tot despre o formă specifică de ereditate în raport cu celelalte grupe de psihoze. Cel mai sigur indiciu al acestei schizofrenii percepute restrictiv, este după părerea lui STRØMGREN [1]"Unicul simptom cu adevărat patognomonic pentru procesul schizofren este *autismul,* adică pierderea contactului. Un alt indiciu important, chiar dacă nu atât de necesar patognomonic, pe care școala austriacă pune un accent deosebit, este pierderea sentimentului (senzației) de inițiativă de gândire și voință a eului (Ich-Denke Gefühl, Ich-Will Gefühl), care sunt asociate cu trăirea de constatare, de înțelegere concomitentă a Eului si a situației („Das Aha-Erlebnis" a lui KARL BÜHLER)[2]. Pe cât de excelente sunt aceste două puncte de vedere pentru diagnosticul clinic, pe atât de problematice sunt în testul Rorschach. Pierderea sentimentului de inițiativă (Eu-gândesc, respectiv Eu-vreau) nu poate fi determinată direct din test. Un sindrom de autism Rorschach este cunoscut, dar nu este întotdeauna prezent în test, chiar în cazuri sigure, documentate clinic, (așa cum este cazul la ambele exemple din acestă carte). Sindromul autist este descris atât de către MAX MÜLLER, cât și de MONNIER[3] și constă în Ban% redus, puține D-uri normale și răspunsuri FC puține, sau chiar lipsa lor. Se mai adaugă lipsa de H sau Hd (nu întotdeauna), iar după ZULLIGER prezența kinesteziilor de flexie[4].

Pe lângă această dificultate diagnostică se mai adaugă una. Cum au constatat cercetători mai noi (TSCHUDIN și WOLFGANG BINSWANGER[5]) valorile medii atât

1 ERIC STROMGREN, Om godartede schizofreniforme Psycosers Arvebiologi, Festskrift till Henrik Sjobring, Lund, 1944, p.263-270.

2 FRITZ SCHULHOF, Schizo-phrenie, schizo-bulie, Wien, 1928, mai ales p.18, 27, 44 și 74

3 MAX MULLER,Der Rorscach'shcen Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse, Zeitschr.f. d. Ges. Neurologie u. Psychiatrie,vol.118,1929,p.612, - MARCEL MONNIER, Le test psychologique de Rorschach, L encefale, Vol.29,1934,p.265

4 HANS ZULLIGER, Der Z-Test, Bern 1948,p.35

5 ARNOLD TSCHUDIN, Cronische schizophrenien im Rorschachschen Versuch, și WOLFGANG BINSWANGER, Ueber dem Rorschachschen Formdeutversuch, bei akuten Scizophrenien, ambele în:Psychiatrie und Rorschachscher Formdeutversuch, Zurich, 1944, p.79 și 101

ale schizofrenilor cronici cât și ale celor acuți se abat semnificativ de cele ale normalilor, ceea ce la forma acută se concretizează printr-o împrăștiere largă a valorilor individuale. Astfel, cu metode mecaniciste va fi extrem de dificil să constatăm prezența schizofreniei în testul Rorschach. Mai mult decat în alte situații, în cazul schizofreniei, doar „o luare în considerare a protocolului ca întreg" ne poate conduce spre scopul nostru (TSCHUDIN, op. cit. p.82). Chiar dacă nu neglijăm valorile formale, diagnosticul Rorschach al schizofreniei se bazează, așa cum pe bună dreptate remarcă TSCHUDIN, „pe factori mai îndepărtați ai experimentului, deocamdată de nesurprins satatistic", iar mai departe vom încerca să trasăm acesti factori.

II. Simptomele Rorschach de schizofrenie

Următoarele particularități se găsesc în protocoalele schizofrenilor, dar subliniem că nu apar, bineînțeles, toate în fiecare protocol individual și că elementele particulare ale sindromului pot apărea și la alte afecțiuni, sau în alte stări. Tocmai frecvența acestor apariții și *impresia generală*, care reiese din aceasta este decisivă.

Conștiința interpretativă este adesea slabă, iar uneori complet abolită. *Numărul de răspunsuri* este oscilant. În afară de abulici și închiși în sine, numărul de răaspunsuri e peste medie. O caracteristică aproape regulată este prescurtatea semnificativă a timpului de reacție.

Renunțarea / refuzul, în urma închiderilor în sine, sau a negativismului, apare adesea, chiar la planșele „ușoare", mai ales la Pl. V. De remarcat că adesea v-ul din această planșă (liliacul) nu este semnificat. La refuzul schizofrenilor încurajarea nu ajută de obicei. Închiderea va rămâne insurmontabilă.

Acuitatea formei apare cu mari diferențe și adesea se schimbă de la foarte bună la forme de neînțeles de proaste. De aceea F% este în majoritatea cazurilor mică. Chiar productivitetea la anumite planșe este extrem de variabilă. Ca urmare a acestor diferențe de acuitate a formelor interpretate găsim *alăturarea* de *Orig*+ surprinzătoare și *Orig*- complet absurde. Dar Orig% este de aceea în majoritate ridicat.

Succesiunea este aproape întotdeauna puternic relaxată, nu arare total disolută. Doar la pacienții mai ordonați, anume la paranoizi, putem avea o succesiune ordonată.

Tipul de percepere tinde spre înmulțirea de G-uri, dar, în mod obișnuit apar *multe G—;* Dar nu toate formele de schizofrenie dau această sporire de G-uri. Avem în mod obișnuit și tipuri DG, sau chiar DdG, în majoritate cu forme foarte proaste. Nici DimG-urile nu sunt rarități și apar mai ales la Pl.I (BÖSZÖRMENYI și MEREI, vezi mai sus). *G-uri confabulator – combinatorice* se găsesc de asemenea. *G-uri contaminate* (iar uneori chiar D-uri) par a fi cu adevărat un specific al gândirii schizofrene, cu condensările sale. Ele apar însă, ici și colo și la schizoizii sănătoși. De aceea pentru un diagnostic diferențial al procesului schizofren ele nu ne sunt de folos.

Schizofrenii au o tendință spre *Dd-uri bizare*, care uneori sunt chiar frecvente (anume la paranoizi).

În general K-urile sunt sporite, dar catatonicii neliniștiți sau inchiși pot avea un număr normal (mediu) de K-uri, iar la paranoizi K-urile pot fi chiar sporite. În cazuri particulare apar K–, iar atunci când apar, sunt de obicei mai multe.

Valorile cromatice ale schizofrenilor sunt majoritar labile (CF, sau C), ca la nevrotici. Valori mari absolute găsim la hebefrenicii infantili, valori medii până la mici, la catatonici, și mici la paranoizi. Cele mai mici valori cromatice (adesea 0) apare în dementia simplex cu afectivitatea ei plată, flască. *Denumirile de culoare* nu sunt nici ele o raritate. Cu cât sunt mai multe, cu atât prognosticul e mai prost.

Interpretările Clob apar destul de des (TSCHUDIN, BINSWANGER, BOCHNER-HALPERN Op. cit. p175). Ele sunt legate de anxietăți (adesea hipocondrice). La hipocondrii apare atunci și creșterea puternică a numărului de *răspunsuri anatomice*. (Protocoale ale schizofrenilor cu 100% răspunsuri anatomice nu sunt rare, dar nu este un specific schizofren, vezi cap. 6).

Rorschach a găsit *răspunsuri cifră si poziție* doar la schizofreni. Ele au o valoare simptomatică semnificativă în această direcție, dar nu sunt din păcate atât de patognomonice cum credea Rorschach. Am văzut răspunsuri cifră la schizoizi sănătoși, așa cum am arătat. Si răspunsurile poziție apar și la demenți și la epilepticii oligofreni (GUIRDHAM)[1], ca și la organici (KLOPFER și KELLEY)[2], dar mai ales sub forma așa numitelor răspunsuri poziție anatomică la oligofreni (PFISTER)[3]. Aceasta îngreunează în mod deosebit diagnosticul diferențial de psihozele psihogene la oligofreni față de degradarea schizofrenică.

Interpretările de *abstracțiuni*, schizofrenii le partajează cu schizoizii și cu anumiți nevrotici.

Mulți disociați au o predilecție pentru obiecte.

În plus, la schizofreni s-au găsit interpretări de *litere, cifre și figuri geometrice* ca și la copii și adolescenți (BECK)[4].

În afară de aceasta în protocoalele schizofrenilor apar adesea în conținuturi semnificații de *ruptură, sciziune, clivaj, și izolare* (MINKOWSKA)[5]. Planșa este „îmbucătățită" (în contrast cu ceea ce fac epilepticii combinativi). D-na MINKOWSKA vorbește despre „*morcellement*" .

Autenticele *autoreferiri* apar în principal la schizofreni și schizoizi, dar apar ocazional și la epileptici, ixotimi și nevroticii egocentrici.

De asemenea *reclamarea lipsei de simetrie* caracteristică a fost constatată atât la schizofreni, și shizoizi, cât și la epileptici și ixotimi (ZULLIGER, Tafel-Test, p.82).

1 ARTHUR GUIRDHAM, The Rorschach Test in epileptics, The Journal of Mental Sciences, vol.81, 1935, p.870

2 KLOPFER & KELLEY, The Rorschach Twchnique, New York, 1942, p. 535

3 OSKAR PFISTER, Ergebnisse der Rorschach'schen Versuchs bei Oligophrenen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, vol.82,1925, p. 198-223

4 SAMUEL J. BECK Rorschach Test, II, p. 231

5 LAIGNEL-LAVASTINE, MINKOWSKA, BOUVET et NEVEU, Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrenie, Rorschachiana I, 1945, p. 82

Stereotipiile și perseverările sunt chiar obișnuite la schizofrenii neproductivi, tociți afectiv.

Descrierile apar de asemenea frecvent, cu o semnificație specifică fiind descrierile cinetice.

„*Edging*", învârtirea sistematică a planșei în toate pozițiile la toate planșele, sesizată de BECK (Op. cit. , II, p.60, vezi și cap 7, I) și considerată de el ca apărînd doar la schizofreni, apare oricum și la traumaticii cerebrali.

A fost deja afirmată aici majoritatea de *F—*. Și *Ban%,* indicatorul contactului intelectual este , bineîn'eles redus. *A%* și *Orig%* sunt obiect al unor mari variații. Disociații și închișii în sne au de obicei un A% remarcabil de mic, la un ocazional Orig% foarte ridicat, în timp ce hebefrenii dau un A% mare la un Orig% mediu, iar demenții pur și simplu dau un A% mare, la un Orig% mic, sau spre mediu.

Alte caracteristici ale psihicului schizofren apar de asemenea exprimate ocazional în test. Un a dintre ele este o formă patologică a raționalismului pe care MINKOWSKI le-a numit „*perte du contact vital*". Această tulburare gravă a controlului realității aduce cu ea o degradare specifică a perceperii lucrurilor, care se manifestă în unele cazuri formal în test. Acești pacienți dau interpretări de contopire formă-fond, complet neinteligibile, cu forme mizerabile, o consecință interesantă din punct de vedere al psihologiei gestaltiste a disociației gândirii lor. Și dezorientarea lor în situație, atât de frecventă, cu o eventuală dezorientare concomitentă la sine (autopsihică), acea „*perte de la fonction du ‚moi-ici-maintenant*'" (MINKOWSKI)[1] poate fi vizibilă în Rorschach. Ea nu se manifestă doar în *autoreferiri* , ci și în *asociațiile spontane* , pe care schizofrenii le strecoară atât de adesea în experiment. Aceste remarci periferice pot să ne ducă la recunoașterea unei astfel de situații semnificative. În fine, chiar reprezentările delirante pot fi introduse în test, atunci când, spre ex. pacienții văd în planșe „spirite", sau altele asemenea (precum în unele din exemplele noastre).

O curiozitate psihologică interesantă a observat W. BINSWANGER (Op. cit., p.118), anume concretizarea *unor utilizări verbale înțelese ilustrativ, imagistic*. El dă exemplu interpretarea de la pl.II: "Doi bărbați care se joacă cu inimi de fete" . Am putut documenta o astfel de observație de mai multe ori. Un alt exemplu (din protocolul unui schizoid normal), ar fi interpretarea prelungirilor laterale gri de la pl.VIII: „Ca și cum natura ar întinde mâna să le ajute (pe animalele din lateral". Acest răspuns al unui sănătos ilustrează frumos această trecere de la perceperea încă normală, simbolică a schizoidului spre concretizările autentice ale schizofrenului. *Simbolizarea* este oarecum la mijloc între *concretizare* si *abstractizare*, care, așa cum observă BINSWANGER (Op.Cit, p.118), sunt contrarii, dar apar ambele la schizofreni.

Că *șocul cromatic* nu ar interveni la schizofreni, așa cum credea Rorschach, este o eroare. L-am găsit de multe ori la cazuri de schizofrenie foarte sigur diagnosticate, iar această observație au făcut-o și BECK și KELLEY (BECK, Op. cit., II,p. 246, 248, KLOPFER și KELLEY, Op.cit, p. 364), ca și WEBER și KUHN (KUHN, Op. cit.,1940, p51/52).

1 După JOSEPH GABEL, Symbolisme et schizophrenie, Scweitz. Zeitschr. f. Psychologie, vol.7, 1948, p.276

Aceasta este cu atât mai puțin surprinzător cu cât în tablourile clinice ale schizofrenilor sunt mixtate și trăsături nevrotice (KLOPFER și KELEY, Op.cit. p.351).

Tipul de rezonanță intimă al schizofrenilor a fost obiectul unor discuții aprinse. SKALWEIT[1] afirmă că tipul de rezonanța intimă a schizofrenilor se deplasează dinspre tipul introversiv spre tipul extratensiv-egocentric și conchide că ”Esența psihozei schizofrene nu ar consta din intensificarea pur cantitativă a unui anume tip de reacție psihică specifică constituțională ci dintr-o modificare calitativă a acesteia”. După SKALWEIT nu ar exista o trecere fluidă între schizotimie și schizofrenie; la schizofrenie intervine mult mai mult ceva nou, anume intervenția unui proces distructiv. Această opinie SKALWEIT o împărtășește cu ARTHUR KRONFELD, KARL BIRNBAUM, KURT SCHNEIDER și alții. Dacă într-adevăr deplasarea postulată de SKALWEIT a tipului de rezonanță intimă dinspre introversiv spre extratensiv, poate fi decisă sigur, doar atunci când un număr suficient de mare de cazuri sunt testate atât înainte cât și după debutul bolii. BÖSZÖRMENYI și MEREI[2] au descris un asemenea caz, la care această deplasare a tipului de rezonanță intimă a putut fi într-adevăr constatată.

Sigur este faptul că un *eveniment puternic, acut*, poate schimba tipul de rezonanță intimă dar a fost constatat doar la bolnavii care au trăit si resimt urmări ale unor catastrofe (CARL SCHNEIDER, „Jocurile schimbării”) , în sensul dilatării, pe care RORSCHACH a preluat-o, iar în remisie urmează o coartare. „Jocurile asigurării” lui CARL SCHNEIDER arată invers, adică o coartare în cazul unui eveniment acut puternic și și o dilatare egocentric extratensivă în remisie. (WOLFGANG BINSWANGER, Op. cit. p.104-107).

SKALWEIT a mai făcut observația că formele de schizofrenie progrediente catastrofal au un tip de percepere care este deplasat spre G, cu multe G– -uri și denumiri de culoare, în timp ce în cazul debuturilor bruște și tip de percepere mai favorabil prognostic, e vorba de o deplasare spre Dd și apariția a foarte puține denumiri de culoare. Si din această observație se pot trage concluzii importante practic pentru prognostic.

PIOTROWSKI ne mai împărtășește observația că la schizofreni lipsa de K sau un număr foarte mic de K pare a configura un prognostic nefavorabil.[3]

Unele semne care ar fi reacții Rorschach tipice pentru schizofrenie, așa cum am mai arătat, apar și la copii mici, precum răspunsurile cifră la copii de 6 ani, răspunsurile poziție la copii de 4 ani și contaminările, observate la copiii de 5 ani (AMES et all.). Și ecolalia ades observată clinic la schizofreni, apare și la copii, când încep să vorbească, așa cum o știe orice psiholog de copii . Ea a fost observată și în Rorschach la copii de 2 ani. Cercetarea Rorschach poate pe bună dreptate considerată ca un sprijin pentru abordarea modernă a schizofreniei, cu aspectele ei dinamice și de psihologia dezvoltării.

---

1 W. SKALWEIT, Konstitution und Prozess in der Schizophrenie, Leipzig, 1934, p. 40 și 81-84

2 GEORG BÖSZÖRMENYI und FRANZ MEREI, Zur problem der Konstitution und Prozess in der Schizophrenie auf Grund der Rorschach –Versuches, Schweiz. Arch. F. Neurologie und Psychiatrie, Bd.45, p.276-295

3 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, The movement score, in MARIA A. RICKERS OVSIANKINA, Rorschach Psychology, 1960, p.141

S-a constatat că există o grupă de psihoze care pot fi confundate clinic cu schizofrenia, care sunt însă întrupări ale *psihozelor de lob temporal* (mai cunoscute la noi ca „fenomene de epilepsie temporală".Aceste psihoze pot fi detectate fosrte ușor cu Rorschach-ul clasic și răspund bine la tratamentul antiepileptic (cu Carbamazepină (Tegretol®)). Aceste observații s-au făcut în Anglia[1] și Suedia[2].

III. Formele schizofreniei

Se practică împărțirea schizofreniei în 4 forme: Dementia simplex, Hebefrenia, Catatonia, și forma Paranoidă.

Sindroamele pe care testul Rorschach le-a stabilit pentru aceste patru grupe s-au valorificat în general bine. Desigur că apar adesea forme de tranziție, precum în clinică, așa și în testul Rorschach. Cel mai greu este de delimitat granița dintre hebefrenie și catatonie (vezi și KLOPFER și KELLEY, Op.cit, p.323).

Formele simplex manifestă și în Rorschach tabloul unei destructurări intelectuale și afective: Un tip de rezonanță coartat,cu un F+% mic, A% crescut, și un tip de percepere sărăcit (D-Dd). Originalele sunt proaste, Orig% mic până la mediu. Succesiunea este adesea destructurată și apar multe Hd-uri concomitent cu lipsa, sau un număr foarte mic de H.

La hebefreni tipul de rezonanță intimă este extratensiv. Ei au cele mai multe valori cromatice dintre toți schizofrenii, corespunzător cu tendința lor la neliniște afectivă. F+% este și aici mic, A% destul de mare, iar tipul de percepere în orice caz sărăcit (D-Dd). Orig% este mediu, cu o preponderență a formelor proaste. Succesiunea destructurată este o trăsătură comună aproape tuturor schizofrenilor. Lejeritatea lor psihică, chiar dacă în sens negativ, se manifestă prin confabulațiile sale. Si ei au mai multe Hd-uri decât H-uri).

Catatonia, care manifestă prin stereotipiile, prin negativismul și prin ambivalența lor puternică unele trăsături asemănătoare cu nevroza compulsivă, manifestă, ca și acestea, un tip de rezonanță ambiegal. În formele abulice el este bineînțeles coartat (este un caz special al tipului de rezonanță intimă ambiegal). Catatonicii manifest autiști ca și cei cu motricitate inhibată, manifestă un tip de rezonanță intimă introversiv, așa cum au constatat independent MONNIER[3] și KUHN[4]. În contrast cu dementia simplex, tensiunea internă se manifestă la abulici prin sublinierea G-ului în tipul de percepere. Tipul pur G– apare aici uneori (circa 10 G—). Un F+% foarte scăzut si în urma unor stereotipii perseveratorii un A% foarte mare și un Orig%(-) sunt celelalte indicii.

Formele închise în sine manifestă un tip de rezonanță ambiegal, cu egocentricitate afectivă (multe CF sau chiar C-uri pure, cu 0 sau puține FC-uri). Și aici avem un F% mic, și succesiunea destructurată, dar și A% este la aceste forme vizibil scăzut. Corespunzător

1 SMITHIES,J.R.,Brain Mechanisms and Behaviour, Blackwell scientific publications. Oxford and Edinbourgh, 1970

2 GÖSTA FRÖBÄRJ, Tekenanalys av Rorschach protocoll, 1970, (manuscris)

3 MARCEL MONNIER, Op.Cit, p.265

4 ROLAND KUHN, Der Rorschach'sche Formdeutversuch in der Psychiatrie, Basel, 1940, p.55

cu mai marea bogăție imagistică, avem Orig% mare și calitativ ceva mai bune (+). Tipul de percepere este aici G-D-Dd, cu o tendință către Dim (negativism). Apar combinații, confabulări și perseverații.

Catatonicii agitații motor, destructurați corespund unui tip de rezonanță dilatat ambiegal, adesea cu o predominanță a părții cromatice (oricum fără, sau aproape fără FC) La un F+% deficitar, găsim și aici un A% mic și adesea un Orig% fosrte ridicat(+), de asemenea un tip de percepere G-D-Dd cu adesea Dd-uri curioase, stranii. Succesiunea este aici mai destructurată decât la alte forme, și asta asociat unei mari viteze de interpretare cu dezvoltarea unor numeeroase combinații, confabulații și contaminări într-o învălmășală pestriță. Este adesea dificil să-i urmărești sârguința.

La toate tipurile de catatonici pot apărea răspunsuri de tip KC.

Paranoizii, în fine, manifestă în mod obișnuit un tip de rezonanță introversiv, cu excepția qverulanților extratensivi. La paranoizi apar mai frecvent și puternic răspunsurile FC. F% și succesiunea sunt semnificativ mai bune , A% mediu, iar Orig% bun (+). Tipul de percepere este majoritar G-D sau G-D-Dd, cu tendință spre DG, Dd-uri bizare și Dim-uri. Această subliniere de G-uri reactivă corespunde tendinței paranoidului de sistematizare a ideilor delirante , care în formele autentice de schizofrenie nu reușește de obicei decât incomplet. La paranoizii puternic productivi apar uneori interpretări Kmic. Ar mai fi de amintit tendința spre interpretări clarobscure (ZULLIGER) (vezi cap 4).

Anexă: Psihoza paranoidă presenilă
(Paranoia de involuție sensu KLEIST)

O poziție deosebită la periferia schizofreniilor o iau sindroamele paranoid- schizoide care se instaurează probabil cu o etiologie parțial organică la vârsta involuției. Se obișnuiește a le considera între psihozele presenile; în contrast cu formele lor depresive se dezvoltă mai frecvent pe substratul unei constituții senzitive și pot fi considerate ca o varietate a delirului senzitiv de relație în sensul lui KRETSCHMER. Chiar KLEIST, care a renunțat la propria denumire de „Paranoia de involuție" și a propus denumirea de „psihoză de involuție cu construct delirant" („Wahnbildende Involutionspsychose")[1], atenționează asupra caracterului prepsihotic „hipoparanoic" al pacientului. Prin asta înțelege o persoană caracterizată prin suspiciune și conștiință de sine foarte ridicată.

Rorschach vorbește despre acest tablou de stare doar în trecere; el amintește (p.81) „ unele melancolii de climacteriu, adesea paranoide care au ajuns să se îmbolnăvească la vârstă înaintată și care erau cel mai adecvați pentru diagnosticul de paranoia". La aceste categorii el a găsit , ca și la depresiile psihogene, K, fără valori cromatice. Dar și la paranoia de involuție apar răspunsuri cromatice , dar tipul de rezonanță intimă rămâne regulat semnificativ introversiv.

1 KARL KLEIST, Uber zykloide und epileptoide Psychosen und uber die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Arch. f. Neurologie und Psychiatrie, Bd.23, 1928, p. 11.

Factorii caracterogeni ai persoanei premorbide sunt în aceste cazuri, în afară de un tip de rezonanță intimă intraversiv, untip de percepere puternic accentuat G (G-D, sau G+, sau G+/-). Din acești doi factori se configurează tendința spre reflexie (adesea fără rezultat) și teoretizare. A% este, funcție de vârstă în jurul a 60.

Avem apoi deja cunoscutul sindrom senzitiv, din psihastenie, care constă din: Șoc cromatic + șoc la negru + fenomenul de rupere VIII + simptome accesorii și mai ales autocritică, precum și una sau mai multe ClobF. Uneori pot apărea și F(C)-uri (sensu BINDER).

Din acestă combinație rezultă componeta constituțională a reacțiilor (carateroggenia) paranoide. Ce duce această componentă prepsihotică la paranoia de involuție este *iluzia de asemănare/identitate*, care în unele cazuri clare apare cu frecvență crescută (cum se vede în cazul nostru nr 21). (La această constituție deja o singură iluzie de asemănare este suspectă). Esența iluziei de asemănare este tendința ca dificulțățile interioare și tensiunile să fie proiectate pe ambient. In această proiecție cu conștiința pasivității poate fi întrevăzut indiciul esențial al psihicului paranoic (În contrast cu schizofrenia paranoidă)[1].

Probabil că acest tip este doar o formă a bolilor diagnosticate ca psihoze paranoide presenile. Alte cazuri, care devin cronice și care se apropie mai mult de schizofrenia tardivă, au un aspect total diferit (Cu tip de rezonanță majoritar extratensivă și simptome limpezi de schizofrenie precum autoreferiri, confabulații, etc.). Probabil că tocmai cercetarea Rorschach poate să aducă unele contribuții la o caracterizare mai aprofundată a diferitelor forme de psihoze.

B. Psihoza maniaco – depresivă

Cu toate că în materialul lui RORSCHACH se găseau doar 14 cazuri de pacienți maniaco-depresivi, sindroamele prelucrate de el aparțin celei mai sigure cunoașteri fundamentale ale diagnosticului Rorschach.

I. Rezultatele lui RORSCHACH

1. Sindromul Rorschach pentru depresia maniaco depresivă, cea mai importantă formă a depresiei endogene, a fost a fost prezentată ca sindrom „clasic” de depresie, atât la capitolul despre depresie și de asemenea drept comportament la *melancolie*. Ambele nu au nevoia de-a fi repetate aici. Sindromul este *rar* însoțit, în depresiile pure de *interpretări de clarobscur*. Șocul cromatic nu apare la depresiile maniaco depresive aproape niciodată, și chiar șocul la negru pare a fi foarte rar. Un eventual șoc pe lângă un sindrom Rorschach maniaco-depresiv trebuie văzut ca un semn al unei intruziuni nevrotice. Șocul la negru este

1 Vezi de ex. RAGNAR VOGT, in Nogen Hovedlijer I medicinsk psychologi og psykiatri”, Kristiania, 1923

sigur un semn al anxietății, care este în acest caz, fie evidența unei agitațiii ce acompaniază melancolia, fie a unei imixtiuni nevrotice.

2. Sindromul pe care Rorschach a găsit-o pentru dispoziția maniacală este opozitul polar al sindromului dispoziției depresive. Acuitatea formei este înrăutățită (F%=60-70), succesiunea mai relaxată, numărul de G este crescut (8-10), tipul de percepere îmbogățit (G± - D±), variabilitatea răspunsurilor crescută (A%=40-50), Originale crescute, dar concomitent înrăutățite calitativ (20-30% +) iar tipul de rezonanță intimă dilatat, adică un număr mare de K (3-5, toate pozitive) și multe determinări cromatice (în medie 1-2 FC-uri, 2-3 CF-uri și 1-2 C-uri). Numărul de răspunsuri este de obicei peste medie, , timpul de reacție e prescurtat, F+% și aici invers proporțional cu K-urile (dar în sens invers), iar H-urile depășind Hd-urile.

Dacă ajungem la manie, formele se înrăutățesc(F+% = 50-70), iar G-urile se reduc (4-7). Tipul de percepere devine tot mai sărac (DG+ - D+ - Dd+). Variabilitatea este ceva mai mică decât în hipomanie (A% = 50-70), iar coresunzător și Orig% este mai mică (10 -30, +). K si răspunsurile cromatice cresc însă (5 și peste, + și în medie 1-3 FC, 2-3 CF și 1-3 C-uri). Numărul de răspunsuri și timpul se mențin aproximativ aceiași, la fel raportul dintre F% și K-uri. Aici apar adesea DG-uri și G-uri succesiv combinatorice, iar uneori și confabulator-combinatorice. În manie (ca și în melancolie) în conținut, obiectele sunt de obicei frecvente (chiar și la sub-maniacali ca în exemplele noastre), probabil ca un semn al unui soi de redeșteptare a unor impulsuri ludice (Vezi prezentarea lui KONRAD a concepției constituționaliste a lui KRETSCHMER)

3. Așa cum am amintit în capitolul 12 (la cicloidie), se întâlnesc diferite sindroame între cele doi poli ai dispozițiilor maniacale și depresive, pe care le considerăm *stări mixte maniaco-depresive* (sau pur și simplu constituție cicloidă). Atenționăm din nou că nu pot apărea orice combinații de factori pur și simplu între aceeste două sindroame, care constituie contraste polare, dar fără alternativă. Un F% foarte mic, de ex. sau valori medii dar acute ale G-urilor nu pot fi introduse în nici unul dintre sindroame, ca și un număr mare de Orig sau de K cu forme acute așa cum apar la artiști. Lipsa șocului cromatic și al altor fenomene tipic nevrotice servesc diferențierii de forme de ambivalențe afective la care sunt în joc mecanismele nevrotice.

II. Diagnosticul diferențial

După EUGEN și MANFED BLEULER[1] diagnosticul de „îmbolnăvire maniaco-depresivă” nu poate fi pus decât *per exclusivum*, adică dacă nu avem o anamneză sau când e vorba de un prim episod. Până la un anume grad acest lucru e valabil și pentru diagnosticul Rorschach al psihozei maniaco- depresive. Căci simpla prezență a sindromului clasic Rorschach pentru dispoziția depresivă sau maniacală nu este suficientă aici, așa cum am văzut, formele exogene de depresie, ca de exemlu stări pseudo-hipomaniacale de etiologie

1 EUGEN BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 1960, p.422

lezională sau psihogenă pot da sindroame aproape identice. În majoriteteea cazurilor un diagnostic diferențial este posibil doar prin apariția unui alt simptom care nu aparține de sindromul hipomaniacal sau depresiv și care ne dă indicația adecvată, precum sunt formele organice ale perseverației , sau critica obiectului în exemplul nostru nr. 23 (etiologie organică), sau pot apărea semne organice care pot trezi suspiciunea unei stări hipomaniacale dintr-o encefaloză (vezi cap.12, la pseudo-psihopatii). La prezența concomitentă a unui sindrom de hipomanie și șoc cromatic puternic, nu putem decide doar din test, dacă e vorba de o nevroză pură sau de o mixtură de hipomanie „autentică" cu o nevroză (de tip isteriform).

III. Demența în psihoza maniaco-depresivă

După ani de la instaurarea bolii (8-10 prelevări de test nu sunt rare în asemenea boli) se poate observa uneori la acești pacienți o anume demențiere de tip organic: F% devine prost chiar și în episoadele depresive, apar perseverări, confabulările și alte simptome de demență ca cele de mai sus pot trezi suspiciunea unei complicații organice. O asemenea complicație apare în unele cazuri cu adevărat, fiindcă este știut că picnicii în sine , iar cu atât mai mult maniaco –depresivii au tendința de-a se îmbolnăvi „relativ devreme de arterioscleroză și de demență senilă"(BLEULER)[1]. În alte cazuri unde o asemenea complicație nu poate fi documentată clinic, se poate vorbi de o „demență maniaco-depresivă" autentică, așa cum a fost descrisă de către GOLDKUHL[2]. Ea constă într-o „scufundare" ireversibilă a nivelului personalității care duce la „pierderea stabilității scopurilor și cu asta la o instabilitate generală, fără ca simțurile sociale și etice ale persoanei să trebuiască să fie nivelate- întrucât lipsește forța de-a acționa în virtutea acestor instincte" (GOLDKUHL, Op. cit. p.161). GOLDKUHL consideră că straturile adânci ale creerului sunt sediul acestor „stări defectuale de tip demențial" , în contrast cu leziunile toxice, de ex. care sunt localizate superficial pe scoarță.

C. Epilepsiile

I. Problematica clinică a epilepsiilor

Ca aproape toate celelalte domenii ale psihiatriei teoria privind epilepsiile este azi într-un stadiu de restructurare si fluctuație, în care psihologia clinică nu-și găsește ușor locul. Pentru ca cititorul să poată ști aproximativ la ce se referă rezultatele Rorschach vom face încercarea să facem prezentare schematică a situației în acest sector al psihiatriei clinice.

Diversele forme de epilepsie au fost considerate ca o unitate nosologică care era considerată alături de marile psihoze endogene, schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă.

1 EUGEN BLEULER, Op. cit., p421

2 ERIK GOLDKUHL, Uber Demenzzustande bei Psychosis Maniaco-depressiva. Uppsala Lakareforenings Forhandlingar, Vol.48, 1943,p.145-164

Se diferențiază o formă genuină (idiopatică, sau esențială) și diferite forme de epilepsii simptomatice (de ex. una posttraumatică, una postencefalitică, etc.), iar caracterul ereditar al formei genuine a fost desigur supraevaluat. În special școala de la München (BUMKE et all.) a pus un mare accent pe așa numita „modificare esențială" (Wesensänderung) (gândire aderentă, circumstanțialitate, amănunțire, pedanterie, lipsă de autocritică), care este atașată formei genuine. Odată cu evoluția mijloacelor de investigație, în special EEG și mijloacele neurochirurgicale, tot mai multe cazuri au trecut în categoria celor „simptomatice" și tot mai mulți clinicieni au părăsit vechea concepție a bolii. De ex. KURT SCHNEIDER renunță la termenul de epilepsie „genuină", deoarece aici e vorba doar de un „sindrom neurologic"[1]. Și .H. ARNOLD consideră împărțirea în genuin și simptomatic drept „depășită"[2]. În locul acestei expresii, pentru cazurile în care nu poate fi depistată o leziune cerebrală introduce termenul de epilepsie „Kryptogenă". Corect este, așa cum susține ALSTRÖM, ca diagnosticul epilepsiei genuine să fie făcut per exclusionem[3]. LENNOX deosebește (în loc de idiopatică și simptomatică) o epilepsie ereditară (genetic) și una dobândită (aquired)[4]. După ALSTRÖM (si alți autori), epilepsia nici nu este o boală sui generis, ci un simptom (precum febra, tusea, sau icterul) și anume „un simptom clinic neurologic al unei iritații a sitemului nervos central, de origine focală".

Așa numita „modificare esențială" nu este nicidecum un specific al epilepsiei „genuine" ci apare chiar de două ori mai frecvent la cele traumatice decât la cele „genuine"[5]. După JANZ ea aparține de epilepsiile cu accese psiho-motorii de lob temporal. La epilepsiile tumorale WALTHER-BÜEL găsește această modificare în special la vârstele medii. După o ipoteză a lui MANFRED BLEULER tipul de tablou psihopatologic depinde de momentul de dezvoltare în care este surprins creerul de noxa difuză (precum epilepsia, sau boala Friedrich): la creerul unui copil se dezvoltă o oligofrenie, la un adult o „modificare esențială", respectiv o demență epileptică, iar în cazul unui creer înbătrânit o demență organică amnestică[6].

După părerea lui HOFF (Lehrbuch der Psychiatrie, p. 291), WEITBRECHT, LANDOLT și altii, modificarea esențială este o urmare a acceselor (crizelor) și ca atare nu este decât o formă deosebită a leziunii organice difuze a creerului. Până la un anume grad, această leziune poate fi reversibilă. KURSAVE a demonstrat aceste relații cu ajutorul gestalt-testului lui WEINHANDL și a testului Rorschach.

În general, astăzi există tendința de-a subestima factorul ereditar în bolile epileptiforme, mai ales în literatura americană, dar și în cea franceză și scandinavă. Astfel LENNOX

---

1 KURT SCHNEIDER, Klinische Psychopathologie, ed 4-a, Stuttgart, 1955

2 O.H.ARNOLD,Epilepsie, eine statistische Studie am Material der Epileptikerambulanz, Wiener Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd.9, 1954

3 CARL HENRY ALSTROM, A Study of Epilepsy in its Clinical, Social and Genetic Aspects- Acta psyciatrica et neurologica, supplementum 63, Copenhagen, 1950, p.16

4 după CARL HENRY ALSTROM, op. cit. p.171

5 CARL HENRY ALSTROM, Op. cit, p. 47

6 M.BLEULER și H.WALDER, Die geistigen Storungen bei der hereditaren Friedrich'schen Ataxie und ihre Einordnung in die Auffasung von Grundformen seelischen Kranksein. Schweiz. Archiv Neur. Psychiatr.,vol.58, 1946

constată că influența factorului ereditar este mai mică la epilepsii decât la alte boli (de ex. schizofrenia, obezitatea sau diabetul), dar că trebuie luată în considerare ideea că ar putea exista unele epilepsii cu o ereditate preponderentă.[1] „Datele care au fost trecute în revistă stabilesc faptul că ereditatea este un factor important în etiologia epilepsiei care nu este complicată de evidența unei leziuni cerebrale dobândite". Dar tipul de ereditate (recesivă, dominantă, multiplă, sau de alele duble) nu a putut fi încă stabilit cu certitudine (LENNOX & LENNOX , Op. cit. p. 571/572).

Speranța de-a înlătura rapid epilepsiile criptogene și a determina cauze exogene pentru toate epilepsiile nu s-a împlinit[2]. In timp ce ALSTRÖM găsește o ereditate mendeliană monozigotică simplă doar în 1% din cazurile sale, JANZ evaluează la 5-6% această transmisie, iar STRÖMGREN crede că la cel puțin jumătate dintre epileptici, momentul etiologic determinant este un fundal ereditar. [3]

O altă dificultate a împărțirii clasice este că epilepsiile genuine și cele simptomatice încearcă să fie delimitate simptomatic și etiologic, cu toate că la unele epilepsii simptomatice factorul constituțional este puternic, iar cele două forme se amestecă.

Dacă însă considerăm că ceea ce este comun epilepsiilor este simptomatica, in timp ce împărțirea etiologică în idiopatice si simptomatice este abandonată, vom avea o clasificare pe criteriu *simptomatic*, adică clasificarea după *tipul crizelor si după evoluția bolii* , clasificare de mare semnificație pentru terapie. Clasificarea merge însă ca să spunem a șa „diagonal" peste clasificarea etiologică. Aici ar fi de amintit cazurile mai ușoare nespitalizabile, care constituie circa 90%. Pe aceiași cale merge și DIETER JANZ. (El se sprijină pe publicația lui M. LANGDON-DOWN, și W.R. BRAIN: Time of day in relation to convulsions in epilepsy, Lancet, 1929, 1029-1032).

În timp ce toate studiile clinice de până acum au fost făcute pe cazuri grave, spitalizate și erau epilepsii cu demențe, introducerea cazurilor preponderent ușoare aduce o imagine complet nouă.

Clinic se se diferențiază azi diverse forme de crize epileptice *minore* de cele *majore*. Intre cele minore putem enumera crizele *propulsive de petit mal* (crize de tip JANZ, fulger(Blitz), Salaam, ZELLWEGER), *absențele*, care apar pe EEG ca o conformație tipică „vârf –undă" [spike and wave]] („typical absence[4]", pure petit mal, LENNOX), *petit mal impulsiv* (JANZ, myoclonic epilepsy[5], LENNOX), *crizele psihomotorii* (epilepsia de lob temporal, „atacurile crepusculare" ale lui LANDOLT) și *crizele corticale* (printre care și cunoscutele crize JACKSON-iene). Între atacurile *majore* JANZ deosebește trei forme de evoluție, *epilepsia de trezire*[6] (Grand mal, predominant la trezire și „în seara serbării", *epilepsiile de somn*

1 WILLIAM GORDON LENNOX și MARGARET LENNOX, Epilepsy and Related Disorders, London, 1960, p.538, 560

2 DIETER JANZ, gezielte Therapie der Epilepsien, Die medizinische Welt , 1962, p633

3 ERIK STROMGREN, Psykiatri, ed.9-a, Kopenhagen, 1958, p. 173

4 A proposed international classification of epileptic seizures, Epilepsia, 5 (1964) p.297-306

5 Mioclonismele, a nu se confunda cu epilepsia mioclonică, care nici nu e epilepsie, (vezi HANS HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie, vol.1, p248/249 și 283/285

6 Folosim termenul pentru cea ce în literatura medicală germană este desemnata ca „Wachepilepsie, iar în cea engleză „matutinal epilepsy" n.t

(grand mal, predominant în somn) și *epilepsiile difuze* (cu atacuri neregulate, distribuite pe parcursul zilei). Dacă pacienții au crize majore și inore (mari și mici) ajungem la următoarele combina'ți tipice: Pyknolepsia (absențe frecvente diurne), și petit mal impulsiv cu grand mal de trezire, crize psihomotorii cu grand mal nocturn (de somn) (mai rar cu grand mal difuz), petit mal propulsiv (o formă simptomatcă frecventă de crize în copilăria timpurie) cu grand mal de somn și crizele corticale cu grand mal difuz.

Dintre epilepsiile grand mal circa 34% sunt epilepsii de trezire, 45% de somn, iar 21% sunt epilepsii difuze[1]. Epilepsiile de trezire care au majoritar un prognostic mai favorabildecât celelalte forme sunt văzute de JANZ ca formele originare, deoarece ea poate trece înspre oricare dintre celelalte două forme, dar nu și invers. Doar circa o cincime din epilepsiile de trezire au un EEG de trezire normal la epilepsiile nocturne, acesta apare la peste jumătate din ei (JANZ, Op.cit, p.91).

II. Rezultatele lui Rorschach

Dacă ne punem întrebarea cum se oglindesc epilepsiile în testul Rorschach, atunci vom începe din nou cu rezultatele lui Rorschach însuși, chiar dacă ele sunt valabile doar la cazurile cu demență pe care le-a avut Rorschach la dispoziție. Pe baza a 20 de cazuri Rorschach a găsit următoarele proprietăți ale protocolului demenței epileptice: Conștiința interpretativă este frecvent slăbită sau chiar abolită. –Numărul de răspunsuri este în majoritate peste medie. –Timpul de teacție este prelungit. – Tipul de rezonanță intimă este de obicei puternic dilatat dar predominant extratensiv. – F% e mic, A% în mod paradoxal, la fel. În schimb găsim tendințe de stereotipizare la răspunsurile K si C. – Orig% este relativ mare, originalele sunt însă majoritatea proaste. – Tipul de percepere este majoritar DG –D – Dd, iar la demențiații de timpuriu este DG- <u>D</u> –Dd. Dg-urile sunt oricum o apariție frecventă. – Succesiunea este majoritar relaxată, uneori rigidă, atunci cănd pedanteria epilepticului este pregnantă. – Cei mai mulți epileptici dau mai multe răspunsuri H decât Hd. – K-uri secundare și K– apar la epileptici mai mult decât oriunde. – La tendința spre K și concomitent un nivel al acuității formelor slab, F% va fi și el invers proporțional cu K. – Confabulațiile, valorizările și autoreferirile sunt la epileptici obișnuite. Ei tind și spre accentuarea simetriei și spre denumirea de culoare, care ia forma purei înșiruiri ale ulorilor din planșă. Răspunsuri culoare pure apar la epilepticii demenți frecvent; ele nu trebuie să fie neapărat denumiri de culoare. – Epilepticii demențiați semnifică multe obiecte. – Cel mai important într-un protocol de epileptic este tendința puternică spre perseverare, fără ca aceasta să fie neapărat anatomică sau perseverare a părților corpului. (Stereotipiile anatomice ale unor ixotimi apar mai rar în epilepsii). - Și în sfârșit Rorschach a întâlnit la epileptici, pe ici pe colo, albul și negrul ca valori cromatice (p. 30).

Rorschach a crezut că valoarea absolută a K-urilor și a răspunsurilor cromatice în demențele epileptice ar crește, în timp ce F% ar scădea. Ultima este indubitabil corectă, dar prima nu a putut fi comfirmată[2].

---

1 DIETER JANZ, The grand mal Epilepsies and the Sleeping-Waking cicle, Epilepsia,1962, p.71

2 Preluat din ZYGMUNT PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.238

Cei mai mulți cercetători de mai târziu au mers pe urmele lui Rorschach în măsura în care s-au referit la cazuri spitalizate. Acestea nu sunt utilizabile pentru cazurile „proaspete" și mai ales pentru cazurile de epilepsie centrencefalică mai puțin cercetate (Epilepsia de trezire, Pyknolepsia, petit-mal impulsiv, etc.).[1] Totuși, unele din rezultatele lui Rorschach au putut fi completate în unele puncte esențiale. Asfel, BOVET[2] găsește că epilepticii genuini manifestă *o formă secifică a perseverării*, nu prin repetarea interpretării, precum organicii, ci prin aderența cu care ei variază o temă anume. Am descris această adernță la temă, în capitolul 6 la paragraful „perseverare. Ea nu pare însă a fi tipică doar pentru epilepticii genuini; apare nu doar ocazional la ixoizi, iar GUIORA-HELLER o găsește deosebit de frecventă la epilepsia postencefalitică la copii[3].

GUIRDHAM[4] a putut confirma majoritatea rezultatelor Lui Rorschach. El deosebește o "ideational perseveration" (perseverarea de conținut autentică) care apare mai ales ca G și DG-uri, și o"perceptional perseveration" (o preferință pentru forme asemenea), care sunt majoritar D și Dd-uri, asa cum găsește el că apar predominant la epilepticii inteligenți. Dg-urile epilepticilor săi sunt răspunsuri H confabulate pornind de la un detaliu anatomic. Perseverațiile și conținutul de K-uri sunt invers proporționale. În afară de asta GUIRDHAM a observat la epileptici „o vâscozitate și o scăpătare a fluxului interpretării", independentă de oboseală și de dificultatea planșei; el o numește acestă manifestare „fenomenul staccato" (p.891).

STAUDER[5] a încercat să prelucreze în testul Rorschach diferențierea făcută de BUMKE între modificarea esențialăm epileptică și demența epileptică. (Această afinitate între epilepsia genuină și modificarea esențială nu mai este astăzi de actualitate). Pentru modificarea esențială, al cărui simptom clinic central este perseverarea, STAUDER găsește acest sindrom, precum și o serie de sindroame abortive, despre care se pot găsi amănunte în „Vademecum"-ul autorului. Acest sindrom central a putut fi găsit de către LE la circa 20% dintre epilepticii nocturni și epilepticii de lob temporal.

RUTH și WALTHER VON BRUNN, au găsit în studiul lor pe 280 de epileptici două grupe semnificativ si clar diferite, care se deosebesc clinic prin intensitatea afectelor și capacitatea lor de adaptare socială. Alte particularități ale acestei lucrări găsiți în „Vademecum". În plus autorii au remarcat o scădere a F% și A%, precum și o creștere a K-urilor și răspunsurilor cromatice , ca și a perseverațiilor, odată cu creșterea gradului de demențiere, ceea ce corespunde cu rezultatele lui Rorschach.

1 ALFRED LEDER, Zur testpsychologischen Abgrenzung und Bestimmung der Aufwach-epilepsie vom Pyknolepsie Typ, dizertație nepublicată, Zurich, 1966

2 TH. BOVET, Der Rorschach versuch bei verschiedenen Formen der Epilepsie, Schweiz. Arch. F. Neurol. und Psychiatrie, Vol. 37, 1936,,p.156-157

3 MARTHA GUIORA-HELLER, Beitrag zur Psychodiagnostik bei Epilepsie im Kindesalter an Hand des Rorschach'schen Formdeutvesuches, Basel 1962, p.60

4 ARTHUR GUIRDHAM, The Rorschach Test in Epileptics, The J. of Mental Science, Vol.81, 1935, p. 870

5 KARL HEINZ STAUDER, Konstitution und Wesenanderung der Epileptiker, Leipzig, 1938.

Într-o cercetare pe 50 de pacienți (care cuprinde o bibliografie foarte completă) DELAY, PICHOT, LEMPERIERE și PERSE, ajung la concluzia că epilepticii genuini (ca și mulți dintre cei simptomatici) au în general un tip de rezonanță intimă coartat, iar epilepsiile traumatice au în general un tip de rezonanță intimă extratensiv.[1]

Epilepsia de veghe, până acum puțăn cercetată a fost subiectul unei cercetări de anvergură. Cei mai mulți epileptici de trezire ideopatici (și pyknoleptici) au demonstrat o inteligență bună (medie 110 QI) și au acționat din punct de vedere clinic oarecum „isteriform"(labili afectiv, sugestibili, cu slabă strădanie spre scop, și puțin rezistenți în sarcină, uneori lăudăroși). La EEG aveau majoritatea complexul vârf-undă (spike-wawe) și modificări la hiperventilație. La Rorschach, acești epileptici au dat doar puține răspunsuri (15 -20) cu un timp de reacție mediu. Ei dau frecvent Dim-uri, iar tipul de percepere a fost majoritar G –D –(Dd) – (Dim). Ei au dat 0 -1 K (majoritatea doar G-ul banal de la pl. 3), 1 - 2 CF –uri și doar rar FC. Tipul de rezonanță a fost predominant extratensiv, cu tendința spre coartare. F% a fost adesea sub 70, A% a fost în jurul valorii de 50. În conținut au fost găsite frecvent: Pată, vulcan, explozii, artă, și răspunsuri religioase, orale și agresive, interpretări de defecte, foc, și sânge, la pl. II, ca și răspunsuri cu „dinamică verticală" (adică în care e vorba de a se cățăra, a se ridica, a zbura în sus, a cădea, sau a se prăbuși). În plus au mai apărut: Critica obiectului și autocritica, descrieri, denegări, valorizări, dificultăți de găsire a cuvintelor. Dacă la epilepsiile de trezire tratate frecvența acceselor (crizelor) se reduce cu cel puțin 50%, atunci scade și în experimentul Rorschach numărul de răspunsuri, dispar răspunsurile cromatice și conținuturile agresive, în timp ce sporesc răspunsurile clarobscur și renunțările (refuzurile).

Și celelalte forme de epilepsie, adică epilepsiile de somn și cele difuze (idiopatice sau simptomatice) ca și epilepsiile psihomotorii au dat în materialul lui LEDER răspunsuri puține . În schimb aici se găseau perseverări clare și celelalte semne epileptiforme „clasice" (pedanterie, etc.) ca și relativ multe răspunsuri anatomice, semnificări sexuale și răspunsuri complexuale anale, dar nu mai apar răspunsurile intermaculare. În timp ce cazurile ideopatice au avut un tip de rezonanță intimă mai coartat, cazurile simptomatice au dat mai multe răspunsuri culoare rezultând corespunzător un tip de rezonanță intimă majoritar extratensiv.

Dacă facem abstracție de epilepsia de trezire , la cazurile mai vechi se contestă doar 4 din factorii originari dați de Rorschach: Relativ mulți K și C, A% mic și Orig%. O cercetare a lui GOLDKUHL[2] pe 28 de cazuri de epilepsii la copii (simptomatice și genuine) a căror protocoale au fost transmise si autorului acestei cărți, au putut fi confirmate rezultatele lui Rorschach și în aceste 4 puncte (vezi protocolul nr. 24 și 25). Este de remarcat că aici este vorba de copii. Și LADER găsește în materialul său, la copii mulți K , ca și la epilepticii de trezire complet netratați. Chiar și valoarea mică de A% , pomenită de Rorschach ca

1 J. DELAY, P.PICHOT, T.LAMPERIERE, J.PERSE, Le Test de Rorschach et la personalite epileptique, Paris, 1955, p.177 și 202

2 ERIK GOLDKUHL, Rorschach Test bei Epilepsie, nebst einer grundlegenden Untersuchung. Uppsala Lakareforenings Forhandlingar, Vol.51, Uppsala, 1946, p.283-311

remarcabilă a putut fi confirmată la copii de către GOLDKUHL. Un A% de 50 sau peste la un epileptic tânăr, îndreptățește părerea că în cazul unui deficit de inteligență în astfel de cazuri se sprijină pe o ologofrenie. Chiar Orig% se comportă în aceste protocoale așa cum a afirmat Rorschach: Valori relativ rridicate la forme preponderent proaste, unde epilepticii debili mintal manifestă cele mai mari valori.

IV. Diagnosticul Rorschach al epilepsiei în practică

1. Generalități

Pe ce se poate baza deci practicianul ? Dacă scoatem din calcul epilepsia de trezire, recomandăm să se pornească de la sindromul Rorschach, dar să nu ne așteptăm ca în fiecare caz ca toți factorii sau măcar unii să corespundă exact în fiecare caz particular. Dacă sunt prezente suficiente părți caracteristice ale sindromului (de ex. timpul total prelungit, F% redus, și A% redus, perseverație + aderența la temă), atunci putem decide cu încredere că e vorba de epilepsie. Timpul de reacție prelungit nu apare întotdeauna (nici în ambele noastre exemple). Tipul de rezonanță devine coartativ la cazurile noi și la toate cazurile idiopatice, la cele vechi este mai dilatat și în orice caz extratensiv (prin sporirea răspunsurilor cromatice). K-urile nu sunt un semn sigur. Întrucât epilepticii tind în general spre indispoziții, trebuie considerată o componentă depresivă și asta cu lipsa K-urilor (deși există bineînțeles și depresii cu kinestezii, de exemplu cele psihogene). În cazul producerii mai multor K-uri și apar și K-uri proaste (K–), atunci ne putem gândi și la epilepsie (sau cel puțin la un psihic ixoid). F+% scăzut apare în general unde este vorba de demență, sau de o asociere cu oligofrenia (în cazul din urmă cu A% crescut). LEDER a găsit un F+% scăzut aproape la toți epilepticii, chiar la cei cu inteligență medie și fără semne de demență. În plus, un A% scăzut a epilepticilor rămâne una din observațiile de încredere ale lui RORSCHACH. El a găsit-o „evidentă" (p.44); noi am făcut propunerea (cap 6, paragraful „contopire formă-fond") că aici e poate fi vorba de o consecință a disritmiei epileptice, careconduce la o labilitate structurală a gândirii. Dintre factorii secundari, o pondere au mai ales K–, K-urile secundare, și perseverările, apoi valorizările, sublinierea simetriei, ca și autoreferirile, confabulațiile și denumirile de culoare, unde este de remarcat însă, că autoreferirile apar și la schizofreni, iar confabulațiile și denumirile de culoare apar și în sindromul general organic Rorschach (psihosindromului organic difuz). Se va observa cu atenție dacă pe lângă o perseverare „autentică" (sau în locul ei) apare și *aderența la temă* a lui BOVET. Și apariția *albului și negrului ca valori cromatice* (anume alături de perseverație, sau alte indicii ale epilepsiei) este probabilă. La epileptici apar și *denumiri de culoare alb sau/și negru* !

Alături de acești factori remarcați de RORSCHACH apar adesea la epileptici și contopirile formă- fond.Această constatare ne-a fost comunicată de către BASH din materialul de la spitalul elvețian pentru epileptici. De obicei se găsește un singur astfel de răspuns în protocolul epilepticilor. O frecvență mai mare, precum la artiști sunt rare.

SALOMON[1] pune apariția contopirilor formă-fond pe seama „Aspirației de coordonare al dferitelor funcții și instanțe"; aceasta este în conexiune cu semnul „liens"(legături) al lui MINKOWSKA (vezi mai jos).

SALOMON și ZULLIGER au găsit, cum am mai amintit (cap.6, paragraful 42), adesea și *interpretări inverse* la epileptici și tipurile epileptoide asociate cu nevroze.

Să nu uităm să observăm și *verbalizarea (dicția)*. O vorbire ceremonioasă, amănunțită, pedantă, în același timp digresivă, complicată este un semn al epilepsiei, fie ea genuină sau lezională, ca și al ixofreniei.

FRANZISKA MINKOWSKA, care a întrebuințat mai puțin metoda de evaluare formală în Rorschach, ci s-a axat în principal pe conținuturi și verbalizare din protocol, a făcut observația că epilepticii încearcă adesea să dea o interpretare în care să lege diferitele părți ale petei, adică demonstrează o *tendință spre combinări* [2]. Ea consideră că această particularitate aceste „liens" sun cu atât mai tipice când prin ele se exprimă adeziuna, lipirea (de ex. o legare, o agățare sau alipire, o sudură, o pecetluire, etc.) (Op. cit. p 532). Prin această trăsătură epilepticii contrastează cu schizofrenii: „În timp ce la schizofreni totul *se dezagregă, totul se disociază, se dispersează*, la epileptici totul *se condensează, se concentrează, se aglutinează*" (Op. cit. p.345). După DELAY, PICHOT et all. acest semn apare cel mai rar la epilepticii genuini în timp ce la epilepticii traumatici și simptomatici este mai frecvent. Factorul are o mare corelație cu explozivitatea. (DELAY et all. Op. cit. p.185 și 190).

La sfârșit încă o atenționare: Doar diagnosticele pozitive de epilepsie sunt într-o oarecare măsură de încredere. În cazul lipsei „semnelor de epilepsie" nu poate fi afirmat un diagnostic de epilepsie. În general ceea ce se vede în test este fie demența, fie schimbarea esențială. Unde lipsesc ambele, adică la cazurile noi și în majoritatea epilepsiilor de trezire, poate să apară un protocol normal, cu unele trăsături patologice discrete, dar care pot ascunde conținutul de fapt. Într-un caz grav de epilepsie genuină cu violență cu periculozitate socială mare, a apărut în protocol doar un semn de aderență la temă, două tulburări de găsire a cuvântului și o oarecare pedanterie de dicție, pe lângă semne ale unei inteligențe deosebite (de ex 7 K+!); iar boala avea o vechime de 37 de ani !

Bineînțeles reciproca este valabilă la cazurile unde apar semne epileptiforme clare, dar nu s-a constatat clinic nici un atac epileptic. Aici e vorba de personalități ixoide, ale căror simptomatică se reduce la așa numitele echivalente epileptice (migrenă, indispoziții, călătorii impulsive (dromomanii), etc.).

2. Probleme de diagnostic diferențial

Epilepticul genuin aparține (ca și toți ceilalți organici) după caracterul său, tipului „cu venit fix" în sensul lui PFAHLER[3], care au o atenție îngustă si fixată legată de perseverare.

---

1 FRITZ SALOMON, Ich Diagnostik im Zulliger Test, Bern,1962, p.181

2 F. MINKOWSKA, L'epilepsie essentielle, sa psycho-pathologie et le test de Rorschach, Annales medico-psychologiques, Novembre,1946, p.331/332

3 G. PHALER, Vererbung als schicksal, Leipzig,1932, citat aici după HUBERT ROHRACHER, Kleine Einfuhrung in die Charakterkunde, Leipzig, 1934, p.70/71

Din aceasta provin cele mai importante două simptome Rorschach, DG și perseverarea. Dar cu acestea nu poate fi stabilit un diagnostic de epilepsie, întrucât ele sunt și factori importanți ai sindromului organic general Rorschach.

Cu aceasta revenim la diagnosticul diferențial între epilepsia *genuină* și cea *simptomatică*. Aici intră în discuție etiologia traumatică (chiar cea produsă la naștere, congenitală), encefalitică sau postencefalitică, tumorală, luetică, meningitică, eklampsia, și alte cauze cerebral organice mai rare ale crizelor epileptice. Oun diagnostic diferențial nu este întotdeauna posibil prin Rorschach, așa cum adesea este și în clinică, pe de-o parte din cauza asemănării celor două sindroame, lucru pe care l-a semnalat și PIOTROWSKI, iar pe de altă parte fiindcă perseverarea lipsește uneori, chiar și la cazuri genuine (iar la epilepsiile de trezire lipsește aproape întotdeauna). La un rezultat asemănător au ajunsw și RUTH și WALTHER VON BRUNN. Cu toate astea există câteva puncte de sprijin. Așa cum afirmă BOVET, la epilepsia genuină dificultatea de percepere a G-urilor este cel mai frecvent neclar conștientizată, la traumatici aceasta este manifestă, exprimată prin critică. Aderența la temă și verbalizarea ceremonioasă, amănunțită, pedantă, nu pot fi semne ale unui diagnostic diferențial sigur, deoarece apar și în patologia lezională, mai ales la postencefalitici. În general în epilepsia genuină, atunci când demența nu este înaintată, pot apărea *cele mai bune forme* și pot apărea *răspunsuri K*, ceea ce la organici nu apar aproape niciodată. (Asupra acestor factori importanți ne atenționează KELLEY (Op. cit. p.384). Dar nu *orice* epilepsie genuină produce forme relativ bune și *nu toate* produc K-uri. După LEDER, o cheie de diagnostic diferențial între epilepsiile simptomatice si cele idiopatice (genuine) o aduce tipul de rezonanță intimă. La un tip de rezonanță coartat este puțin probabilă o epilepsie simptomatică. La un tip de rezonanță intimă extratensiv, (cu valori cromatice labile), trebuie determinat mai întâi, dacă e vorba de o epilepsie de trezie (respectiv pyknolepsie) la care nu se pune problema etiologiei. Acest lucru este de determinat (cel mai bine clinic), și atunci este vorba, cu cea mai mare probabilitate de o epilepsie simptomatică.

Diagnosticul diferențial cu *schizofrenia* este în general posibil. O alăturare de F+% scăzut și un A% mic, apare și în schizofrenii, dar atunci aproape niciodată fără o prelungire a timpului de reacție și în mod obișnuit fără perseverări. (Deși este știut că există și schizofrenii cu perseverare). Autoreferirile aparțin ambelor sindroame ca și denumirile de culoare ocazionale, precum și alb și negru ca valori cromatice și bineînțeles confabulațiile. Semnul „liens" vorbește de epilepsie, „morcellement" (îmbucătățire) de schizofrenie. Conținuturile religioase și mitologice vorbesc de o epilepsie, abstracțiunile, literele, cifrele și figurile geometrice vorbesc de o schizofrenie. Contaminările, descrierile cinetice și așa numitele „Edging" pot fi văzute drept tipice schizofreniei. Chiar în caz de perseverare puternică, la epileptici, răspunsurile la planșa 1 sunt de obicei adecvate, la schizofreni e aberant[1].

Mult discutat a fost în psihiatrie diagnosticul diferențial dintre *epilepsie* și *isterie*. O delimitare acută între cele două boli este o revendicare a psihiatriei orientate etiologic, dar

1 KARL HEINZ STAUDER, Op. cit. p. 49

aceasta este dificilă atât clinic cât și din punct de vedere ereditar, constituțional. KARL KLEIST spune despre aceasta[1]" Unele stări maladive constituționale le putem atribui atât grupei bolilor isterice cât și a celor epileptice, iar conceptul îndelung înterzis de histero-epilepsie își pierde sensul în lumina unei concepții constituționalist-biologice, ca și a reluării azi a mai vechii teorii al psihozei combinate de către GAUPP, KRETSCHMER, HOFFMANN." Iar RUDOLF BRUNN,[2] pomenește de cercetările de ereditate ale lui KRAULIS, LUXEMBURGER și MAUZ, care au putut constata o înrudire genetică între istericii gravi și epileptici. Și STAUDER (Op.cit. P.177) pomenește de apariția de psihopați isterici cu pseudologia fantastica printre rudele unor epileptici. Conceptul de sferă ereditară „paroxismală" al lui SZONDI (analog cu „constituția iktafină" a lui MAUZ) aparține în orice caz de acestea.

Cu toată înrudirea genetică este posibilă o diferențiere cu ajutorul testului Rorschach între isterie și epilepsie și în cazuri în care clinica are dubii.

Ambele sindroame pot să se confunde în câte un protocol, dar nu obligatoriu; fiindcă există cazuri de tranziție, ca și în aspectele clinice și în Rorschach. Dacă însă apare isteria alături de epilepsie putem gândi fie la o încărcătură constituțională dublă, fie la o nevrotizare a epilepsiei în mediul său infantil.

Dacă aceste cazuri sunt desemnate drept histero-epilepsii, epilepsii genuine cu supra-structură nevrotică, sau isterie cu simptome colorate epileptoid (isterie la o personalitate ixoidă), este doar o chestie de nuanță și aproape o chestiune de gust.

D. Psihozele organice

I. Conceptul și delimitarea

Numele de „boli psihice organice" a fost mai de mult utilizat în general doar pentru cazurile în care se găseau modificări anatomice. Astăzi lucrurile nu mai sunt considerate în mod absolut, iar factorii funcționali și cei organici din etiologie nu se mai consideră ca exclusivi, ci se consideră că ei se intercondiționează reciproc. Vătămarea organică este un fundament deosebit de favorabil pentru dezvoltarea unor mecanisme psihogene, dar noi știm din lucrările lui GOLDSTEIN și KLEIST, iar nevrozele de organ ne-au confirmat, că și reciproca, trecerea de la nevroză la boala organică este una fluidă. Simptomele somatice ale bolilor organice și funcționale sunt în mare parte aceleași (von WEIZSÄCKER)[3].

Dacă nu dorim să facem confuzii cu mai vechile concepții apodictice , vom desemna, așa cum se face azi, stările „organice" drept lezionale. (SJÖBRING consideră stările astenice de etiologie lezională cu hipotonie musculară și conștiență redusă, împreună, ca simptome centrale și le desemnează drept *„hipofrenii"*).

1 KARL KLEIST, Episodische Dämerzustande, Leipzig, 1926, p.65/66
2 RUDOLF BRUNN, Allgemeine Neurosenlehre, Basel, ed. 2-a, 1946, p.163
3 După ERIK GOLDKUHL, Funktionellt eller organiskt? Svenska Lakartidning, Stockholm,1943, nr.20

Dacă vorbim de aici înainte de un sindrom Rorschach organic, avem în vedere *numa*i localizările *corticale* sau *subcorticale*. Modificările survenite într-o altă localizare a sistemului nervos central dau un sindrom organic Rorschach numai atunci când (de ex. o scleroză multiplă) manifestă şi clinic simptome mentale. În scleroza multiplă de altfel, sindromul Rorschach apare doar în stadiul final al bolii.[1] Tulburările medulare pure își manifestă în Rorschach doar acțiunile indirecte asupra personalității care se observă adesea clinic, adică modul de reacție al persoanei la boală. Sindromul organic Rorschach se referă deci, doar la sfera mai îngustă a tulburărilor psihiatrice și nu la cele neuologice.

Se consideră astăzi, împreună cu MANFRED BLEULER[2] trei tipuri de psihoze organice: cea de tip reacție acută exogenă, sindromul psiho-organic difuz și sindromul psiho-organic localizat.

1. *Reacția acută exogenă*, a fost prezentată în 1912 de către KARL BONHOEFFER[3]. Se înțeleg prin acestea psihoze care nu își au originea în persoana pacientului ci care sunt determinate de vătămări ocazionale ale organismului „exogene psihicului, chiar dacă nu întotdeauna și corpului"[4]. Ele apar în urma unor intoxicații și a altor îmbolnăviri organice, deci în anumite boli infecțioase (pneumonii, encefalite, malaria, tifos), tulburări circulatorii, boli de metabolism, după operații și după nașteri complicate și epuizante (numita psihoză de lactație) (HANS HOPF, op.cit, p.148). Inițial BONHOEFFER înțelegea prin aceste boli o serie întreagă de forme de psihoze diferențiate simptomatic. Abia mai târziu, în principal prin J. LANGE conceptul s-a restrâns la tablourile de stare de tip amentia, adică asupra confuziilor acute (HANS HOPF, Op. cit. p.174). Tabloul clinic constă aici din sindromul de disociere a structurii (Gestaltzerfalls), (care apare și în scizofrenii, episodic în epilepsii, în paralizia generală progresivă, sau în arterioscleroza cerebrală), combinată cu torpoare, adică cu cel mai ușor grad de atenuare a conștienței. Pe de-asupra apar anumite simptome corporale ale bolii de bază[5]. Tipul de reacție exogen poate trece în sindrom psihoorganic difuz.

2. *Sindromul psihoorganic difuz* (*leziunea cerebrală difuză cronică)* este sindromul organic „clasic" al lui EUGEN BLEULER, cu triada sa de tulburări, ale memoriei, ale gândirii și ale afectivității (tulburări ale atenției, ale ecforării (memorării), mai ales ale conceptelor individuale, confabulări, sărăcie a asociațiilor, tulburări ale capacității de judecată și incontinență afectivă).

3. *Sindromul psiho-organic localizat* (sau sindrom de tulburare delimitabilă după K.W.BASH, Op cit. p265-272) a fost descris în 1943 de către MANFRED BLEULER[6]. El este comun tuturor leziunilor de o întindere nu prea mare, indiferent de localizare. El cuprinde diminuarea performanțelor, apărută în fundal, dar tabloul clinic e dominat de

1 J.DELAY, P.PICHOT, T.LEMPERIERE et J.PERSE, Le test de Rorschach dans les Psychoses organiques, Rorschachiana, V, Bern, 1959, p.140

2 HANS HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie, Basel, 1956, p.190/191

3 KARL BONHOEFFER, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankheiten und inneren Erkrankungen, in:ASCHAFFENBURG's Handbuch der Psychiatrie, partea 3-a, Leipzig, 1912

4 K.W.BASH, Lehrbuch der Allgemeinen Psychopathologie, Grundbegriffe und Klinik, Stuttgart, 1955

5 K.W.BASH, Op.cit. p. 257,258

6 MANFRED BLEULER, Von Erscheinungsbilder zu Grundformen seelischen Krankseins. Vierteljahrschrift der Naturforschenden Gesellschaft, Zurich, Vol.88, p.55

tulburări ale inițiativei, ale impulsurilor și ale dispoziției. Tulburările de ipuls pot consta în creșteri sau anulări ale apetitului, în tulburări ale igienei domestice, în creșterea nevoii de somn, sau în tulburări de somn, precum și o creștere sau o abolire a a libidoului sexual. Absolutul identic „psihosindrom endocrin”(MANFRED BLEULER) din cazul unor tulburări endocrine ușoare pare a fi după W.A. STOLL un caz particular al sindromului psiho-organic localizat.

Toate cele trei sindroame pot să interfereze în cazuri particulare.

În domeniul psihozelor organice psihodiagnosticul Rorschach este încă puțin diferențiat. După părerea lui BINDER, care pare a fi valabilă și astăzi „temele nerezolvate sunt aici mai puține decât cele rezolvate”[1]. În cazurile de reacții exogene acute bineînțeles că chiar preluarea unui protocol Rorschach este în general imposibilă. Chiar și sindromul psiho-organic localizat este puțin cercetat până acum. Variațiile de dispoziție pot corespunde parțial dispozițiilor depresive sau anxioase ale lui BINDER (Op cit. p.278), parțial unei labilități dispoziționale lezionale (Op. cit. p.284). Tulburările de inițiativă sunt de depistat parțial din timpul de reacție, din numărul de răspunsuri și mai ales din tipul de percepere (sărăcire la inhibiția activității) sau prin apariția unor G-uri preponderent nedefinite și difuze, iar uneori printr-o „ruptură” specifică a protocolului, unde acesta își schimbă brusc caracterul de la un anumit punct înainte, de exemplu o trecere de la o perseverare puternică spre o reacție naturală, sau invers. PIOTROWSKI consideră că scăderea de inițiativă („low capacity for initiative”) apare la tipul coartat de rezonanță intimă (0-0), G-uri foarte puține și un A% mare. Tulburările de impuls nu pot fi constatate direct din protocolul Rorschach (decât în cazuri rare deduse eventual din conținuturi), ci pot fi extrase doar din anamneză. Vezi mai departe la paragraful despre tumori cerebrale.

II. Sindromul general organic Rorschach

Cel mai cunoscut în Rorschach este *sindromul psihoorganic difuz*. Testul este *deosebit de sensibil* la acesta și este, așa cum a arătat o cercetare dedicată americană, cel mai eficient dintre teste în acest domeniu[2] și chiar decât majoritatea altor metode clinice și fizice (consult neurologic, EEG, imagisticii Roentgen, pneumoencefalogramei și puncției lombare). Da, adesea procesul inițial de modificare a personalității organicului apare *mai întâi* în Rorschach, înainte de a se manifesta clinic (KLOPFER și KELLEY, The Rorschach Technique, p.327).

1. Sindromul OBERHOLZER. In lucrarea sa „Pentru un diagnostic diferențial al stărilor consecutive traumatismelor cerebrale cu ajutorul experimentului interpretării formelor al lui Rorschach” (în orig. în lb. germană), apărut în „Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie” , Vol.136, 1931, p.596-629, EMIL OBERHOLZER a

1 HANS BINDER, Die klinische Bedeutung der Rorschach’schen Versuches, in Psychiatrie und Rorschach’scher Formdeutversuch, Zurich, 1944, p. 26

2 STEWART G. ARMITAGE, An analysis of certain Psychological tests used for the evaluation of brain injury, Psychological monographs, Vol.60, Washington 1946, unde în sumar se spune: „It is sugested that the Rorschach is the most useful for this purpose”(p.47)

dezvoltat majoritatea trăsăturilor sindromului organic general pe pe un singur exemplu. Au mai fost necesare ulterior doar precizări factice de detaliu. Acest sindrom OBERHOLZER este pe scurt următorul: Timp de reacție prelungit, tip de rezonanță majoritar extratensiv, cu puține capacități de adecvare (predominant CF și C), F+% foarte scăzut, scăderea de G+ primare în urma tulburării capacității de abstractizare, în locul lor fiind G– și DG ca semne ale perplexității, Dd-uri multe ca expresie a îngustării orizontului psihic și al incapacității perceperii sintetice, D-uri reduse, A% sporit, Orig% mare, dar multe Orig–, K-uri puține, tendință spre perseverare (ca o compensare a unui gol de asociere), în majoritate în legătură cu confabularea și adesea cu moduri de exprimare stereotipe, renunțarea/refuzul mai frecvent și o slabă conștiință interpretativă.

Incontinența afectivă pe care o manifestă majoritatea organicilor se arată în acest sindrom prin următorii factori: în tipul de rezonanță intimă extratensiv,, în majoritate cu valori cromatice labile și apariția de 0 sau foarte puține K-uri, puține G+ și un F+% foarte redus, adică o labilitate afectivă prin scăderea factorilor de frânare. Lipsa sau reducerea puternică a K-urilor la organici ar putea fi legată de faptul că la lezionalii cerebral organici trăirea (reprezentarea) kinestezică este deosebit de dificilă, așa cum au constatat-o WERNER și THUMA[1].

Din punct de vedere al diagnosticului diferențial avem de delimitat acest sindrom de schizofrenie și de oligofrenie. Această delimitare nu este posibilă întotdeauna, așa cum a remarcat pe drept BINDER(Op.cit. p.26). Cu toate acestea avem date de diagnostic diferențial care, dacă nu întotdeauna, dîr în cele mai multe cazuri fac posibilă decizia. Față de schizofreni organicii se deosebesc prin complezență. Organicii tind în general să facă tot ce pot, să dea ce au mai bun, de aceea tendința lor spre critică și spre perseverare si repetiții. Ei „cooperate too well at times" așa cum se exprimă HANFMANN și KASANIN[2], în timp ce schizofrenii lasă de dorit în privința voinței de cooperare. Demențele organice se diferențiază de oligofreni cum a afirmat însuși OBERHOLZER , în primul rând prin critica și nesiguranța lor în interpretare (autocritică și critica obiectului, renegări, răspunsuri sub formă interogativă), în timp ce oligofrenii sunt în general siguri că „au găsit" răspunsul corect. În plus demenții organici dau mai multe confabulații și manifestă perseverare mai accentuată decât oligofrenii, majoritatea acestora din urmă nici nu dau perseverări.

2. Sindromul PIOTROWSKI. In 1936 PIOTROWSKI a expus „tulburările organice ale sistemului nervos central". Mai târziu îl preia într-o formă mult modificată ISABELLA TARCSAY[3], pentru a extinde utilizarea sa la toate psihozele (inclusiv endogene). Această extensie este o eroare fiincă nu există un sindrom psihoorganic comun tuturor psihozelor nici clinic nici în Rorschach. Cum sesiza BASH[4], sindromul astfel modificat și extins asupra psihozelor endogene este inutilizabil pentru diagnosticul diferențial. Pentru grupul mai restrâns al „organicilor" pe care i-a considerat PIOTROWSKI și în forma sa originară

1 H. WERNER und B.D.THUMA, A disturbance of the perception of apparent movement in brain injured children, Amer. J. Psychol. Vol. 55, 1942, p.58-67

2 după KLOPFER și KELLY, Op. cit, p.345

3 ISABELLA TARCSAY, Grundriss der Psychodiagnostic, Zurich, 1944, p.185-200

4 K.W.BASH, Uber den differentialdiagnostischen Wert der Piotrowski-Zeichen und anderer Zeichengruppen im Rorschach-Versuch, Experientia, vol.2, 1946

sindromul PIOTROWSKI este utilizabil, chiar dacă nu este la fel de „raliabil” ca cel al lui OBERHOLZER, pe baza căruia PIOTROWSKI la-a construit. Privarea de factorul tipic F–/+ și a tipului de rezonanță extratensiv sunt lipsuri compensabile.

Dăm acum cele 10 „semne” în forma lor originară[1]:

1. Număr de răspunsuri < 15. Rorschach spune despre numărul de răspunsuri ale organicilor „in registrul mediei normalului, mai aproape de limita de jos”, cu excepția celor cu „bucuria de-a fabula” (p.21). După el numărul de răspunsuri ale majorității organicilor ar trebui să fie peste 15, ceea ce se întâmplă de fapt adesea. Si observația lui PIOTROWSKI se adeverește în multe cazuri. Prezumptiv numărul tipic de răspunsuri ale organicilor se răpândește pe o arie mai mare.

2. Un timp de reacție mărit (peste un minut per răspuns).

3. 0 sau doar 1 K+.

4. Denumiri de culoare. Acest factor nu este de mică importanță. Dacă denumirile de culoare nu apar foarte des la majoritatea grupelor de organici, ele au, din cauza marii lor rarități, sau lipsei lor în protocoalele „normalilor” o semnificație diagnostică deosebită. Dar să nu uităm că ele pot apărea de asemenea la epileptici, oligofreni și la schizofrenii demențiați. Dar să fim atenți la context. Precum am arătat, denumirile de culoare sunt deosebit de frecvente în beția alcoolică și după electroșoc (KLOPFER și KELLEY, Op.cit. p.332).

5. F+% < 70.

6. Ban% < 25. Acest „semn” are o valoare doar atunci când numărul de răspunsuri e cu adevărat mic. La un număr de răspunsuri mare al organicilor confabulatori sau cu dispoziție maniacală semnul își pierde valoarea. În orice caz valorile lui Ban sunt scăzute.

7. Perseverare.

8. Incompetență („impotence”). Prin aceasta PIOTROWSKI înțelege incapacitatea subiectului de de-a îmbunătăți un răspuns recunoscut ca inadecvat. Această observație e foarte valoroasă. Noi am trăit de exemplu situația cu o pacientă într-un debut de coree Huntington, care nu avea ca semne clinice decât o depresie , care a desemnat întreaga pl.V ca un „cal” , apoi a realizat de la sine că nu e bine și nu știe cum a ajuns la această interpretare (era desigur un DG) dar nu a putut apoiu să spună nimic mai bun!

9. Nesiguranță („perplexity”), adică încredere slabă în propriile capacități și cerere de asigurare („e bine, e corect?”). O asemenea nesiguranță apare adesea și la non organici, de ex . la psihastenici.

10. Utilizări verbale stereoptipe („automatic phrases”) (preluate de la OBERHOLZER).

După PIOTROWSKI ar trebui să fie prezente minimum 5 semne, dar siguranța diagnosticului va fi sporită prin alte simptome, în primul rând prin deplasarea tipului cromatic spre CF și C, concomitent cu înmulțirea lor(p.534). La evaluarea globală a protocolului se constata uneori că apare o oarecare pasivitate intelectuală, o neclaritate privind modul de percepere și o vizibilă eterogenitete calitativă (p.535-536). Ar fi aici locul

1 ZIGMUNT PIOTROWSKI, The Rorschach Inkblot Method in Organic Disturbances of Central Nervous Sistem. The Journ of Nerv. And Mental Disease, Vol.86, 1937, p.525-537. Vezi și KLOPFER și KELLEY,p.330-335 și BOCHNER și HALPERN, p.196

să avertizăm, chiar cu cuvintele lui PIOTROWSKI, împotriva utilizării mecanice ale acestor „semne". El scrie „ Semnificația psihologică a fiecărui semn Rorschach depinde de numărul și calitatea celorlalte semne cu care apare împreună în protocol; cu alte cuvinte depinde de configurația generală. Acesta este principiul prim de interpretare al protocoalelor Rorschach și nu poate fi neglijat. Sindromul PIOTROWSKI este (după propria sa părere) neaplicabil la copii sub 12 ani[1]. Cine va studia cu atenție capitolul despre copii din acestă carte va găsi aceasta fără o altă lămurire.

NEIGER[2] este de părere că sindromul PIOTROWSKI ar putea fi mai repede o măsură a reducției (dezintegrării) psihotice generale.

3. Sindromul unitar (sindromul general organic Rorschach). Pentru uzul propriu și pentru cercetarea unor tulburări organice se poate folosi un sindrom unitar alcătuit dintr-o combinație potrivită ale sindromului OBERHOLZER și PIOTROWSKI, la care se adaugă ambele indicii: ale repetiției în cazul tulburărilor mari ale simțului observației (a nu se confunda cu perseverația) și cel al formelor negative imprecise (F- impr), în urma anecforiei[3] unor concepte concrete partculare. Găsim o astfel de alcătuire, chiar dacă nu sub o formă identică în cartea lui BOCHNER și HALPERN[4]. Acest sindrom unitar ar arăta cam așa:

O bună complianță la probă,
Conștiință interpretativă scăzută,
Critică și autocritică (prezența ei dă diferența față de oligofrenii),
Număr de răspunsuri mic , de la < 15, până ușor peste 15,
Timp de reacție prelungit,
Multe G, dar preponderent G– sau DG–,
Număr de D-uri diminuat,
Număr de Dd sporit,
K+ foarte puține, adesea 0, rar peste 1,
Răspunsuri cromatice puține spre mediu, majoritar C șiCF,
Denumiri de culoare (KLOPFER-KELLEY, p.332),
Ocazional răspunsuri poziție (KLOPFER-KELLEY, p.353),
Tip de rezonanță intimă extratensiv,
F+% redus, majoritatea sub 70,
Tendință spre F– imprecis,
A% sporit,
Ban% scăzut (la număr mic de răspunsuri A% < 25)
(la cazurile noi, mai mare, BOCHNER și HALPERN),
Orig% mare (–),

1 Compară părerea cu DELAY, PICHOT et all, in Rorschachiana V, Bern, 1959, p.136

2 STEFAN NEIGER, ALAN G. SLEMON and DOUGLAS A.QUIRK, The Performance of „Chronic Schizophrenic" Patients on Piotrowski's Rorschach Sign List for Organic CNS Pathology, J.Proj. Tecn., Vol.26,1962, p.419-428

3 anecforie = tulburare mnestică în care subiectul are nevoie de ajutor pentru ași aminti evenimente care păreau uitate (din greceste an –fără, ekphoria – actualizarea unei engrame mnestice, rememorare, în prezența unui stimul evocator) n.t

4 RUTH BOCHNER and FLORENCE HALPERN, The Clinical Application of the Rorschach Test, New York, 1942, p.193-196

Perseverare, adesea nemijlocit de la o planșă la următoarea,

Repetarea aceluiași răspuns la aceiași pată,

Confabulații,

Verbalizare stereotipă,

Adeseori refuz,

Uneori neclaritate subiectivă privind modul de percepere(vezi p.156).

La aceasta s-ar mai adăuga observația lui ZULLIGER. El a găsit la organici uneori *în conținut* răspunsuri precum „ceva dinăuntru, din burtă", sau „intestine", sau răspunsuri de viscere și altele asemenea. Ca un semn al confuziei sus-jos a creerului[1]

III. Diagnosticul Rorschach al tulburărilor organice particulare

Sindroame Rorschach există, parțial, doar pentru anumite tulburări organice. Cu toate acestea nu suntem neajutorați chiar și în fața celorlalte. În majoritatea cazurilor. In cele mai multe cazuri clinica se orientează pe o anume presupoziție de diagnostic, iar testul Rorschach poate, în funcție de prezența sau absența unor aspecte ale sindromului psihoorganic *general* să întărească sau să atenueze această orientare. In alte cazuri, tocmai testul Rorschach, datorită sensibilității sale la tulburările organice, trezește presupoziția, și rămâne atunci clinicii să precizeze caracterul acestei tulburări. Tocmai pe acest teritoriu, al bolilor psihice organic-cerebrale este necesară o colaborare strânsă între medic și psiholog. Cu atât mai mult aici avertizăm împotriva diagnosticelor în orb și al speculațiilor de bravadă.

1. *Demența senilă*. Pe un material de doar zece demențe senile și cinci demențe arteriosclerotice, RORSCHACH a reușit uimitor de bine să deosebească caracteristicile celor două tipuri de demențe. Sindromul Rorscha al demenței senile nu se deosebește în nici un punct de sindromul general organic Rorschach, doar că aici tendința spre G-uri proaste și perseverație sunt mai exprimate. Timpul de reacție este mai prelungit; există și excepții pe care le demonstrează exemplul nostru Nr. 26. Nici tipul de rezonanță intimă nu este decisiv. Există la senili, adesea, unii ușor deprimați sau torpizi, care nu manifestă un tip de rezonanță intimă extratensiv; majoritatea, însă sunt extratensivi. F+% este chiar mic, chiar dacă nu atât de scăzut (0 – 30%) cum a afirmat RORSCHACH. Orig– apar aproape întotdeauna, Orig% scade însă corespunzător. Adesea găsim DG și de asemenea G–. Succesiunea, dacă e vizibilă, este îndeobște ordonată, uneori relaxată. În majoritatea cazurilor apar mai multe H decât Hd[2]. Tendința spre confabulare este, de obicei, la fel de exprimată ca și perseverarea.

Ceea ce îi deosebește pe demenții senili de arteriosclerotici este tipul de percepere și eventual raportul dintre H și Hd. Ceea ce îi deosebește vizibil de alți organici cerebral sunt *infantilismele* lor. (Aici trebuie să fim precauți privind eventualele infantilisme nevrotice care pot apărea la orice om și bineînțeles și la organici). Deja RORSCHACH a observat că

1 HANS ZULLIGER, Der Zulliger Tafeln-Test im Dienste der Diagnostizierung vom Hirnschaden, Schweiz. Ztschr. f. Psych, Vol. 21, p.129

2 RORSCHACH nu s-a exprimat privind raportul H/Hd în mod special pentru demențe, ci se referea la"majoritatea organicilor"(p.44), în timp ce la arteriosclerotici e invers (p.45)

copiii de la 6 la 8 ani, ca și demenții semnifică de preferință *plante*. S-ar părea că, așa cum folclorul spune că bătrânii dau în mintea copiilor, este o observație fundamentată. Noi am putut constata că interpretările inverse, tipic infantile, nu sunt rare nici la senili. Noi nu le-am întâlnit, în afară de pedagogi, la nici un adult. In același sens, corespund formal copiilor atât tipului de rezonanță intimă extratensiv și modului de percepere ale copiilor, cu multele G-uri, dar de formă proastă. Probabil că, în timp se vor descoperi și alte trăsături infantile în protocoalele demenților senili[1].

2. *Demența arteriosclerotică*. Si aici găsim cele mai multe trăsături organice, timpul de reacție prelungit, F+% redus, A% mare, originalele proaste (Orig% fiind chiar mai mic decât în demența senilă). Ca diferență de sindromul cerebral organic general și mai ales de demența senilă, arterioscleroticii (majoritar depresivi) au un tip de rezonanță intimă coartat îi mai ales un mod de percepere sărac (D - Dd – Do). Anxietatea lor se manifestă prin tendința de inversare a succesiunii și prin raportul dintre Hd > H, invers decăt la senili. Perseverarea apare de asemenea, iar confabulația joacă și ea un rol, anume atunci când acești bolnavi au halucinații.

3. *Paralizia generală progresivă (PGP)(Demența paralitică)*[2]. Paralizia în sine nu poate fi evidențiată în test. Doar atunci și dacă ea declanșează o demență. Sindromul pe care RORSCHACH l-a descris diferă doar în câteva puncte de la sindromul general organic, K-urile bune, pe care le-a sesizat în carte (p.175). Aceasta pare a se datora personalității prepsihotice a pacientului, despre care RORSCHACH remarcă a fi „un om, cu toată boala, foarte inteligent”. In orice caz această observație nu s-a comfirmat.

La paraliticii lui RORSCHACH mai este ceva de remarcat. La acea vreme nu exista tratamentul cu malaria sau cel hipertermic, astfel că pacienții săi erau netratați, ceea ce nu mai întâlnim azi[3]. (Pacientului din ex.28 a fost tratat dar fără succes). Dacă un pacient vine devreme, nu este tratat, iar semnele demenței paralitice, dacă există, sunt puține, și aceasta se manifestă foarte vag în test. În orice caz nu ne putem aștepta să găsim grade de demență așa cum a găsit RORSCHACH la cazurile sale. Așadar tabloul Rorschach al unei paralizii puțin evoluate, dar netratate nu ne este cunoscut, iar cazurile mai vechi, tratate nu pot fi măsurate cu observațiile lui RORSCHACH. Pentru paralizie este valabil îzi ceea ce este valabil pentru majoritatea celorlalte tulburări organice care dau doar un tablou organic cerebral nespecific în testul Rorschach.

4. *Encefalita*. Despre encefalită știm ceva mai mult. Ea dă în majoritate simptome organice masive. Perseverarea și confabularea sunt exprimate puternic, perseverația de obicei mai puternică decât la traumatici. K-urile vor apare la acești bolnavi (KLOPFER și KEKKEY, Op.cit. p.343). In afară de acestea apare o preferință pentru forme imprecise

---

1 Presupunerea noastră s-a adeverit între timp. Astăzi procesul de senilizare e conceput ca o destructurare inversă celui de dezvoltare. In consecință valorile medii ale factorilor Rorschach prezintă o mare asemănare la copii și la senili. Vezi și capitolul despre vârsta înaintată.

2 PGP este forma neuro-psihică a sifilisului terțiar. n.t.

3 Tratamentul cu germenul malariei a fost utilizat pentru sifilisul terțiar cu riscuri considerate acceptabile pentru o perioadă. Pentru aceasta Julius Wagner-Jauregg primește premiul Nobel în medicină în 1927. El devine desuet după răspândirea penicilinei, descoperită de Flemming șn 1928. n.t.

(F– impr.) (F+% este între 50 și 70), tipul de rezonanță este extratensiv și se găsesc Do-uri și tulburări de succesiune. Între două testări consecutive pot apărea variații marcate, în timp ce diferențele puternice de acuitate a perceperii în același test apar mai degrabă la paralizia progresivă, la anumite tipuri de epilepsie și în cazurile de tumoră cerebrală (KLOPFER și KELLEY, Op.cit. p. 343).

5. *Parkinsonismul postencefalitic*. VEIT a dedicat un studiu special stărilor parkinsoniene post-encefalita epidemică[1]. El a putut constata că între forma ordinară și cea invalidantă (internați) apare și în test o deosebire remarcabilă. Cei invalidați au avut un F+% mic și niciodată vre-un K , în timp ce cei cu formă obișnuită au avut un F+% mare și uneori răspunsuri K. Invalidații nu au avut nici un răspuns culoare, cei cu forma obișnuită au avut puține. Cei cu forma obișnuită au dat 4-10 G-uri și rareori DG și un A% ușor crescut (50-70). In locul acestui A% crescut, la invalidați apar uneori perseverații anatomice. La ambele forme timpul de reacție a fost crescut, iar șocul cromatic nu apare niciodată.

6. *Encefalopatia traumatică (Encefaloza, sensu* RITTER). Stările encefalopatice în forma lor obișnuită postcomoțională, pot fi atât de ușoare încât sunt dificil de recunoscut clinic ca atare. Și în testul Rorschach simptomele organice apar în formă ușoară, timpul nu este de obicei prelungit, iar perseverarea de obicei doar slabă și în orice caz mai puțin exprimată decât în encefalite și urmările lor sau în procesele organice grave. Contuziile difuze și traumatismele grave aduc cu ele în mod natural simptome mai grave, uneori până la demență.

După KLOPFER și KELLEY (Op.cit. p339-340) în encefalopatia traumatică apar Dd-uri neobișnuite, DG-uri confabulatorii,un F+% redus, tulburări de succesiune, ici și colo C-uri pure și tendința spre interpretări Clob, uneori cu coloratură depresivă, iritativă, sau/și anxioasă. Nori, fum, și radiografii apar ades. În afară de asta apar aici uneori și interpretările primitive amorfe ale lui OBERHOLZER (majoritar G, dar și D). Ele nu sunt întotdeauna interpretări ale gri-ulrilor, ci pot fi în forma simplelor F– imprecise.

Traumaticii (ca și organicii în general) manifestă o „împiedicare" la „prefigurare" (SANDER), o tulburare a performării protopatică (CONRAD), care le face împosibilă interpretarea de G-uri diferențiate (adică combinatorii). După procurarea celui mai banal G dispare nevoia de interpretare[2].

La traumaticii cerebral se manifestă în test labilitatea afectivă organică și incontinența afectivă, deosebit de pregnante, prin preponderența CF-urilor și C-urilor asupra FC-urilor (tip cromatic dextrocolor), cu o reducere concomitentă a factorilor de frânare. Această iritabilitate afectivă nu este de confundat, așa cum se întâmplă uneori, cu agresivitatea. O înmulțire a Dim *nu aparține* de tabloul Rorschach al encefalozei.

---

1 HANS VEIT, Der Parkinsonismus nach Enncephalitis epidemica im Rorschach'schen Formdeutvesuchs, Zeitschr.f.d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Vol.110, 1927, p.301-324

2 HORST MEYERHOFF, Der Gestaltwandel bei der Deutungsleisten von Hirnverletzten im Rorschach-Test. Archiv f. Psychiatrie und Neurologie, Vol.189,1952,p.140,141. Modificarea protopatică de configura'ie este formulată astfel de către CONRAD: „Performanța tulburată se referă la performanța normală anterioară ... precum prima configurație la ultima. KLAUS CONRAD, Uber das Prinzip der Vorgestaltung in der Hirnpathologie, Deutsche Zeitung f Nervenheilkunde, Vol.164, 1950,p. 68

Leziunile cerebrale posttraumatice sunt adesea supraîncărcate de nevroze (nevroze traumatice). Când e vorba într-adevăr de o stare de etiologie mixtă, pot fi văzute și în Rorschach ambele (calupi din sindromul organic + șocul cromatic și adesea șoc la negru).

Nevrozele de revendicare, de beneficiu („scopozele") după accidente prezintă, după OBERHOLZER (Op. cit. p.620) multe interpretări anatomice, și adesea semne ale agravării, în timp ce stările organice pure consecutive leziunilor nu dau, sau dau puține răspunsuri anatomice și nu au agravări. Agravarea nu e greu de recunoscut. Subiecții întrerup interpretările, nu mai pot, ochii ar durea, etc. (vezi cap. 6). În afară de acestea la nevrozele de revendicare pot apărea *simulări* la care ceilalți organici nu recurg. Aceasta s-ar putea constata printr-o retestare, eventual cu seria paralelă. Dacă valorile formale ale primului test arată o *constanță*, atunci *nu este vorba de simulare*.

7. *Alcoolicii*. Tablourile particulare ale diferitelor psihoze alcoolice sunt atât de diferite între ele încât ele nu pot fi tratate ca un grup unitar.

a) *Alcoolismul cronic*. Un sindrom Rorschach specific alcoolismului cronic nu ne este cunoscut. Personalitatea premorbidă ne arată adesea o constituție adictivă (*süchtige Konstitution*), în care pentru alcoolism intră atât factori psihici cât și somatici. Acești factori psihici se pot manifesta într-o oarecare măsură și în test (vezi cap. 12). Alcoolismul cronic poate ajunge la o psihoză alcoolică doar atunci cănd încep să se manifeste semne de organicitate. Primul semnal de alarmă în testul Rorschach, poate fi în funcție de situație o repetiție de aparență benignă, care poete prefigura tulburarea atenției. Cu timpul apar și alte semne ale sindromului organic. Dar testul va arăta, chiar și cazuri manifeste doar sindromul general organic. Diagnosticul specific poate fi pus doar luând în considerare datele clinice.

b) și c) *Delirium tremens și Halucinoza alcoolică*. Privitor la aceste forme de psihoză alccoolică avem un studiu excelent a lui ARNOLD WEBER[1].

Deliranții prezintă în delir în majoritate un F+% sub 60, iar după delir acesta se crește în urma îmbunătățirii D-urilor și Dd-urilor. K-urile erau mai multe în delir (în medie 2), apoi mai puține (medie 0,8). Kob și Kmic apar ocazional. Răspunsurile cromatice au fost în delir mai numeroase decât după, astfelcă tipul de rezonanță intimă în delir expandează, iar după revine la valori introversive. La anxietate și depresie WEBER a găsit interpretări de negru, la euforie, interpretări de alb. Deliranții au relativ multe G, Dg-urile apar în mod corespunzător rar, G– apar mai frecvent după delir decât în delir. Dd-urile au fost sporite (mai mult în delir), Dd-urile erau în delir chiar rare, apoi ceva maifrecvente, Dim-urile în delir mai frecvente decăt după. Succesiunea este în delir majoritar relaxată, după, ordonată. In delir apar lanțuri particulare de G-uri, ca o perseverație a perceperii formale. A% este doar puțin mai ridicat, relația răspunsurilor antropomorfe este în delir H > Hd, iar după Hd > H. În conținut scad după delir așa numitele „interpretări de apă", precum "lac", „gheață", ghețar", „animal de apă", „plante de apă", etc. In delir se găsesc uneori interpretări cu aluzie la alcool, ca și răspunsuri sex, care dispar ulterior. Originalele sunt (proporțional cu K-urile) mai numeroase și mai bune în delir decât după. Șocul cromatic apare în delir la circa jumătate din cazuri, apoi, aproape la toți („nevroza de convalescență"). Șocul la negru

1 A. WEBER, Delirium tremens und Alkoholhaluzinose im Rorschach'schen Formdeutvesuch, Zeitschr f. d.ges. Neurologie und Psychiatrie, Vol.159, 1937, p.446-500

este relativ rar. Iluziile și halucinațiile sunt, natural, mai frecvente în delir, la fel perseverările de toate tipurile și intensitățile, iar după delir apare uneori o amnezie completă privind prima testare.

Deliranții oligofreni își arată particularitățile, un F+% redus, aproape nici un K, nici un Kmic, un tip de rezonanță extratensiv, DG-uri mai frecvente, nici un Dim și puține Orig. Aici nu apare vre-un șoc cromatic, iar șocul la negru este rar (doar în delir). Lanțurile particulare de G-uri apar și aici.

Halucinozele. În timpul și după halucinoze, pacienții au un F+% constant de cca.70-80. K-urile sunt în timpul psihozei numeroase (medie de 5,3) și dau și mai frecvent Kmic. Tipul de rezonanță intimă este, în timpul și după episod, puternic introversiv. Ei au puține G-uri, dar de formă mai bună, iar Dd-urile sunt semnificativ sporite. După psihoză ei prezintă de regulă Do. Halucinozele nu prezintă lanțuri de G-uri. Apare regulat șocul cromatic și șoc la negru, fără perseverații, dar apar stereotipii. Nu apare amnezia privind testarea din timpul episodului halucinozei.

d) *Psihoza alcoolică Korsakoff* a fost descrisă chiar amănunțit de către RORSCHACH. Ca urmare a plăcerii de-a fabula a acestor pacienți (interpretările sunt pregnant colorate de cheful de-a le face), numărul de răspunsuri crește mult peste medie, apar și K-uri, Kmic. și K– ocazionale. Tipul de rezonanță este introversiv, modul de percepere bogat (G – D – (Dd)), succesiunea relaxată (după observațiile lui WEBER, însă, ordonată). Frecvent apar G-uri combinatorii și confabulator-combinatorii. A% este mediu,iar Orig% poate fi foarte mare (±). Pe lângă perseverare, la acești pacienți, ca manifestare a tulburărilor lor de memorie, repetițiile de răspuns. Alcoolicii Korsacoff sunt organicii la care sindromul Rorschach diferă cel mai mult de sindromul general organic.

e) *Delirul de gelozie al bețivului*, în funcție de gradul de demențiere concomitentă prezintă mai mult sau mai puțin elemente ale sindromului general organic. La forme mai paranoide ale delirului de gelozie alcoolic, am observat de mai multe ori că pacientul interpretează detalii minuscule, mai ales la pl. V drept „coarne”, sau „capete cu coarne”, în mod evident o proiecție a imaginii folclorice a bărbatului „încornorat”. Ar fi de așteptat ca astfel de răspunsuri complexuale să apară în delirurile alcoolice de gelozie cu cât evoluează spre o formă mai paranoidă. Exemplul nostru Nr. 30 nu arată o astfel de apariție.

f) *Dipsomania*. Dipsomaniile aparțin în mare psihopatiilor și în mod preponderent formelor ixoide sau circulare. Diagnosticul e de pus pe baza constituției, luând în considerare tipul de viață al pacientului. Un „diagnostic orb” al acestor stări nu este posibil.

g) și h) *Epilepsia alcoolică și melancolia alcoolică*. Se presupune o determinare datorată încărcăturii constituționale epileptice respectiv de psihoză maniaco depresivă. Un studiu Rorschach mai aplicat asupra acestor forme mai puțin frecvente de psihoză alcoolică ar fi interesant și ar putea să ne dea concluzii valoroase privind fundamentele constituționale.

8) *Leziunile de lob frontal*. Este știut că în anumite cazuri simptomele psihice ne pot da indicii asupra localizării leziunii care le stă la bază. Același lucru apare și în testul Rorschach. Deja FRÄNKEL și BENJAMIN[1] au făcut observația că bolnavului de lob frontal îi este

1 FRITZ FRANKEL și DORA BENJAMIN, Die Kritik der Versuchsperson beim Rorschach'schen Formdeutversuch. Scweizer Arch. f. Neurologie und Psychiatrie, Vol.33,1934, p. 13/14

imposibil să perceapă un G (de ex. „fără nici o legătură"). Aceasta se bazează pe incapacitatea de gândire analitic abstractă care apare în aceste leziuni. O altă urmare a acestei incapacități este aceea de-a *nu putea vedea interpretările altora*, sesizată de PIOTROWSKI. Dacă I se spune: „Unii oameni văd aici doi oameni" (pl.III), dacă ei înșiși nu au dat această interpretare, ei nu sunt capabili să vadă interpretarea în pată. Această conduită remarcabilă, care poate fi constatată, bineînțeles după preluarea protocolului, a fost observată în cazul tumorilor cerebrale, hemoragiilor sau atrofiilor de lobi frontali. Manifestarea poate fi probată și cu cunoscuta figură amiabilă a lui RUBIN (Vaza albă pe fond negru, fond ce poate fi văzut ca două profile), unde subiectul, atunci când vede vaza nu reușește să comute percepția și să vadă cele două profile, chiar când I se arată. Probabil că acest fenomen este o formă specifică a unei foarte puternice perseverări.

FREEMAN și WATS[1] au găsit în lobectomiile prefrontale și de asemenea în cazul unor tulburări structurale brute ale lobilor frontali: Răspunsuri culoare pure, denumiri de culoare și enumerări de culori, F+% mic, Ban% mic, timp de reacție prelungit, și un număr mic de răspunsuri. Cu agravarea apar verbalizările stereotipe, repetările și perseverările. Aceste rezultate obținute după operații sunt o confirmare experimentală a sindromului general organic.

OTFRIED SPREEN[2] a încercat să configureze sindroame Rorschach pentru două sindroame locale de lob frontal, sindromul inhibiției dorsale și cel al dezinhibiției bazale. Ele se găsesc în Vademecum-ul meu.

9. Tumorile cerebrale. Pentru tumorile cerebrale nu există un sindrom Rorschach specific. Aceasta, pur și simplu, deoarece și clinic , în cazul tumorilor poate apărea orice sidrom psihopatologic[3]. De la lipsa oricărei manifestări psihice, la psihosindromul de intensitate ușoară sau gravă, confuzie sau alte tulburări de conștiență, epilepsie, modificări de caracter, și reacții acute exogene. Între ultimele s-au putut delimita chiar unele sindroame speciale localizate („sindromul frontal", „sindromul de trunchi cerebral", „sindromul mezencefalic")[4]. In general însă simptomatica tumorilor cerebrale și mai ales constituirea și evoluția lor, pare să depindă mai degrabă de vârsta pacientului decât de localizare[5]. În Rorschach, evoluția pare să joace un anumit rol. Specialiștii Rorschach francezi au făcut constatarea că tumorile cu evoluție rapidă a tensiunii intracraniene au majoritar un tip de rezonanță intimă dilatat extratensiv[6].

---

1 citat după KLOPFER și KELLEY, Op. cit. p.334)

2 OTFRIED SPREEN, Stirnhirnverletzte im Rorschach Versuch. Zur Frage eines „typisches syndroms", Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Personlichkeitsforschung, Vol.3, 1955, p. 3-19

3 HANS WALTHER BUEL, Die Psychiatrie der Hirngeschwulste, Wien, 1951, p.155

4 HANS WALTHER BUEL, Op. cit. p202-206

5 HANS WALTHER BUHL, Op. cit.p 163 și urm.

6 DELAY, PICHOT et all. în Rorschachiana V, Op. cit. p. 140

E. Psihoze psihogene

I. Conceptul și sistematica psihozelor psihogene

Conceptul de psihoză psihogenă, cu toate lucrările lui BIRNBAUM, H.W. MAIER, BONHOEFER, KRETSCHMER, KURT SCHNEIDER, WIMMER, STRÖMGREN și al multor altora nu a devenit un bun comun al psihiatriei clinice. Psihiatria a intrat în secolului XX cu o viziune predominant somatică, cu o unilateralitate a punctului de vedere, a cărei urmări se fac încă simțite. În multe locuri, anume acolo unde se utilizează diagnosticul expansiv al schizofreniei, nu se folosește nici azi diagnosticul de psihoză psihogenă și de aceea, pentru evitarea confuziilor, suntem siliți să introducem pe scurt sistematica psihozelor psihogene. Urmăm în esență principiile de clasificare șipunctele de vedere ale lui KURT SCHNEIDER și POUL FAERGEMAN, respectiv ale lui ERIK STROMGREN[1].

1. *Concept.* Prin psihoze psihogene se înțeleg aici doar acele reacții exogene care nu sunt somatogene (precum intoxicațiile, infecțiile, psihozele de inaniție, sau stările posttraumatice, în cadrul cărora BONHOEFFER a descris „tipurile de reacție predilectă exogenă") și care trebuie văzute ca ca psihoze veritabile, adică la care capacitățile pacientului de-a se raporta la sine, la mediu și la situație sau de-a le evalua, sunt perturbate semnificativ. Psihozele psihogene sunt deci un grup de boli bine delimitate etiologic și prognostic, iar ca psihoze sunt delimitate simptomatic față de alte reacții psihogene (nevroze).

2. *Factori constituționali.* O parte a acestor psihoze psihogene, cu precădere acelea ale căror evoluție și simptomatică este determinată în mare măsură de factori constituționali, am putea să le concepem, împreună cu KLEIST drept „psihoze marginale" (Randpsychosen)[2]. Categoria este la granița psihozelor endogene și constă în anomalii provocate psihic cu o evoluție atipică și cu prognostic majoritar favorabil. La celelalte psihoze psihogene factorul constituțional trece în fundal , dar poate juca un anumit rol în patoplastică.

În cazurile cu o componentă constituțională exprimată trebiue să ne imaginăm, împreună cu KLEIST[3] o ereditate de sine stătătoare pentru fiecare constituție particulară. „Psihozele marginale" ale lui Kleist acoperă două posibilități: 1. Pot fi manifestări atipice ale genei nucleare („echivalențe"); 2. sau pt fi reacții exogene care își obțin marca, pecetea patoplastică doar împreună cu o constituție a psihozei nucleare specifice (psihoze „afine"). Doar această a doua situație (afinitatea) intră în calcul în cazul psihozelor psihogene, căci în cazul echivalențelor e vorba preponderent de psihoze endogene[4].

1 KURT SCHNEIDER, Die abnormen seelischen Reaktionen, in Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie, partea specială, 7, Leipzig & Wien, 1927.
POUL FAERGEMAN, Psychogenic Psychoses, London, 1963
ERIK STROMGREN, Pathogenese der verschiedenen Formen von psychogenen Psychosen, Stuttgart 1958

2 Deși se intersectează cu categoria actuală de „borderline personality" acesta din urmă este mai degrabă incadrabil psihopatiilor în concepția psihiatriei clasice la care se referă autorul cărții. n.t

3 KARL KLEIST, Episodische Dämmerzustande, Leipzig, 1926, p. 65

4 ERIK STRÖMGREN, Episodike Psykoser, Kopenhagen 1940, P64-65 și 112

3. *Factorul exogen. Teoria alegerii psihozei* a lui STRÖMGREN. Factorul exogen al psihozei exogene este *trauma* (desigur, pot corobora mai multe traume). Pot fi deosebite următoarele tipuri principale de traume: Trăiri de catastrofă, conflicte sexuale și familiale (care, la femei joacă cel mai mare rol), cazuri de moarte și boală în familie, conflicte sociale, conflicte judiciare (printre care arestul și închisoarea) și conflicte religioase sau de altă natură.[1]

Punctele de contact al acestor traume sunt diferitele straturi ale personalității și domenii și calități ale conștiinței.

STRÖMGREN[2] deosebește împreună cu JASPERS între conștiința eului (conștiența), conștiința persoanei și conștiința obiectului.

Conștiința eului are cele patru calități ale subiectivității (ca opusă exteriorului și ca opusă celuilalt), a activității (ca sentiment al capabilității), al identității și al continuității (sunt același mereu), precum și al integrității sau al unității (eu sunt doar unul în același moment).

Conceptul de *conștiință a persoanei* își are rădăcini mai vechi la WERNICKE și BONHOEFFER. Se înțelege prin aceasta conștiința propriului parcurs al vieții, imaginea noastră privind propriile capacități și aptitudini, a propriilor posibilități de dezvoltare pe plan personal, profesional, social și sexual[3]. Conceptul corespunde oarecum Eu-lui psihanaliștilor. Majoritatea oamenilor au o astfel de conțtiință a persoanei, dar în mare parte ea este *inconștientă*.

Conștiința obiectului este dimpotrivă tabloul subiectiv general a ambientului, reprezentările pe care un om și le face despre legile naturii și regulile sociale, și în primul rând propria sa evaluare în mediul său uman apropiat[4].

Se constituie deci, o interdependență particulară între noxa sau trauma psihogenă și formele principale de reacție psihogenă. Schimbările, modificările bruște ale conștiinței persoanei, ca de exemplu descoperirea unor trăsături de caracter sau defecte ale subiectului, de a căror existență nu a avut habar până atunci, sunt deosebit de dificil de suportat și de obicei sunt refulate și proiectate pe mediu (ambient): se constituie o reacție *paranoidă*. Teoria lui KRETSCHMER despre trăirea rușinii insuficienței etice la paranoicii senzitivi se potrivește excelent acestei ipoteze. Și lupta parafrenicului cu tendințele sale homosexuale inconștiente, descoperită de școala psihanalitică (FREUD, FERENCZI) aparține de aceasta. Aceste rupturi bruște în conștiința de persoană corespund aproximativ cu conceptul psihanalitic al " leziunii narcisice", sau al "rănii narcisice".

Traumatizarea conștiinței obiectului, dimpotrivă, ca de ex. rezultatele care îl obligă pe subiect să-și modifice în mod radical valorizările față de apropiați, dezvoltă în mod obișnuit tulburări de conștiință.

În fine, "conflictle situaționale simple", adică acele conflicte a căror existență este în general cunoscută și care nu sunt identificabile cu conștiința de persoană sau cu cea de

1 POUL FAERGEMAN, Op. cit, p.345
2 ERIK STROMGREN, Om Bevidshedsforstyrrelser, Kopenhagen, 1945, p.17
3 ERIK STROMGREN, Episodike Psychoser, p.95, 96
4 ERIK STROMGREN, Om Bevidshedsforstyrrelser, Kopenhagen, 1945, p.21-22

obiect, precum bolille, moartea unor apropiați, pierderile economice etc, dau sindroame emoționale (depresii și exaltări)[1].

4. *Schema rezumativă*. Se utilizează împărțirea lui KURT SCHNEIDER a reacțiilor psihogene în trei forme de bază: reacții emoționale, tulburări de conștiință și reacții paranoide. Aceasta duce, pentru ansamblul psihozelor psihogene la următoarea schemă de împărțire (după PAUL FAERGGEMAN):

I. Sindroame emoționale

1. Sindroame depresive
    a.) Melancolii provocate psihic (Tranziție către melancoliile endogene)
    b.) Depresii reactive (reacții melancoliforme)
    c.) Depresii psihogene

2 Sindroame de exaltare
    a.) Episoade maniacale provocate psihic
    b.) Manii reactive
    c.) Exaltări reactive (Exaltări de disperare)(=Mania fugii, "Fluchtmanie" a lui KURT SCHNEIDER)

II. Sindroame de conștiință

1. Disocieri de conștiință: stări crepusculare, eventual cu "fugi patologice"
2. Scăderei ale clarității conștiinței: Sindroame delirante
3. Halucinoze (Însoțite de scăderi ale clarității conștiinței)
    a. Halucinozele de afect
    b. Halucinozele complexuale
4. Sindroame stuporoase (ca urmare a 1. sau 2.)

III. Sindroame paranoide

1. Fără halucinații
2. Cu halucinații

La reacțiile emoționale și la tulburările de conștiință momentul patogen o traumă externă acută, în cazul celor paranoide este vorba de un conflict intern cronic declanșat de traumă (FAERGEMAN, Op.cit, p.234).

Deosebirea dintre halucinațiile de afect și cele complexuale își are originea la BIRNBAUM. Prin halucinații de afect el înțelege obiectivarea halucinatorie a unor stări de afect puternice (anxietate, așteptări încordate, etc.), în timp ce halucinațiile complexuale se referă la proiecții ale unor reprezentări încărcate emoțional care sunt conectate mai strâns cu istoria personalității subiectului (de ex. halucinațiile de reminiscențe)[2].

5. *Tulburările de conștiință în special* (împărțirea lui STRÖMGREN). Partea a doua a schemei se bazează, cu mici modificări pe schema mai nouă a categoriilor a lui

1 ERIC STROMGREN, Op. cit, p. 23 și următoarele

2 KARL BIRNBAUM, Die psychoreaktiven (psychogenen) Symptombildungen, in BUMKE: Handbuch des Geisteskrankheiten, Vol. 2, Partea generală II, Berlin, 1928, p.113-115

STRÖMGREN. În locul nefericitei scheme teoretice a lui JAHREIS din manualul lui BUMKE, STRÖMGREN folosește următoarea schemă:

Tulburări de conștiință

A. Slăbire a conștienței (impairment of consciousness)
- a. Somnolență (inclusiv confuzie)
- b. Sopor
- c. Comă

B. Tulburare a clarității conștiinței (turbidity of consciousness)
- a. Delirium (inclusiv halucinoza)
- b. Amentia (incoerența gâdirii, perplexitate)
- c. Stări oniroide

C. Disociere a conștiinței (dissociation of consciousness)
- a. Stări crepusculare (inclusiv personalitate alternativă)
- b. Depersonalizare

II. Diagnosticul Rorschach al psihozelor psihogene

1. *Generalități*. Diagnosticul de "psihoză psihogenă" nu este niciodată –în orice caz la nivelul actual al cercetării Rorschach - de pus doar din protocolul Rorschach. Aici particularităție din test, anamneza și starea clinică pot fi eventual combinate. Delimitarea de psihozele endogene este deosebit de dificilă din cauza afinității constituționale a ambelor, care se manifestă și în test. Tot așa cum constituția schizoidă abia de se poate deosebi de o demență schizofrenică și o tulburare de conștiință sau o reacție paranoidă la un pacient cu o constituție schizoidă în test este greu de deosebit de o schizofrenie și este o consolare slabă faptul că nici clinic aceasta nu se reușește întotdeauna a se face (FAERGEMAN a găsit circa 15% de diagnostice nesigure la psihoze psihogene, un procent care nu este mult mai mare decât procentul general de nesiguranță al diagnosticului psihiatric, Op. cit, p.309/310).

Ca stări "funcționale" psihozele psihogene manifestă în majoritatea cazurilor șocul cromatic; din păcate nici aceasta nu e un semn de diagnostic diferențial față de psihozele endogene, deoarece el poate apărea și în schizofreniile veritabile (vezi la acestea) și pentru că chiar la o închidere egocentrică completă, ca în disociația isterică șocul cromatic poate lipsi, atâta timp cât disociația persistă (ca în două dintre cele trei cazuri ale noastre).

Cu tot șocul cromatic supracompensat observat după psihoze psihogene cu tulburări de conștiință în mai multe cazuri, nu l-am găsit niciodată în stadiul acut al acestora. Ba mai mult, un caz de tulburare de conștiință (sindrom Ganser) a manifestat *atracție la culoare*. Dacă e o întâmplare ori este o chestiune tipică, rămâne de verificat.

2. *Grupele principale*.

a) *Sindroamele emoționale*. Diversele forme de sindroame depresive au fost discutate în cap. 13. "Melancoliile provocate psihic" cad în sfera depresiilor endogene, iar "depresiile reactive" ale lui FAERGEMAN corespund grupei noastre de "constituționale" (ele vor manifesta aproape regulat trăsături astenice, senzitive, sau de labilitate dispozițională),

iar depresia “psihogenă” a lui FAERGEMAN corespund psihogenelor noastre, respectiv formelor paleo-reactive, dacă sunt nevrotice, sau formelor neo-reactive dacă sunt pure reacții la mediu.

Rarele *sindroame de exaltare* (FAERGEMAN a găsit între 170 de cazuri de psihoze psihogene, doar 8 exaltări) lipsesc cu desăvârșire din materialul nostru. Nici din literatură nu ne este cunoscut vre-un astfel de caz, așa cum, în general nu avem o prelucrare Rorschach privitoare la psihozele psihogene. Printre amfitimiile prezentate în cartea noastră “fuga în exaltare” pare a avea același mecanism, dar ea se referă la un registru apropiat normalului, în nici un caz la psihoze. O cercetare Rorschach a “maniei fugii” ar fi bineînțeles interesantă. Ar fi de imaginat că un asemenea protocol ar semăna în aspectul formal cu un episod maniacal, iar din răspunsurile complexuale ar putea fi dedus paradoxul acestei reacții. Dar aceasta nu este, deocamdată decât o presupunere.

b. *Tulburările de conștiință*. Psihozele psihogene cu tulburări de conștiință nu sunt tocmai frecvente și astfel ocazia de-a le testa în stadiul acut. Datorită acestui fapt materialul nostru este încă restrâns astfel încât abia de există indicii utilizabile pentru diagnostic. Cazul reprodus de noi la Nr. 31 este complicat de o comoție cerebrală anterioară. In orice caz protocoalele acestui tip de cazuri conțin tulburări clare ale controlului realității (ca de ex. F+% prost, G-/+, Orig-) și confabulații manifeste, iar în conținut se găsesc trimiteri la conflictul declanșator. Și în cazurile pe care am putut să le testăm după vindecare, au apărut, pe lângă factori nevrotici, cu tot controlul mai bun al realității, Orig - și confabulații.

c. Sindroamele paranoide. Din cauza materialului și mai puțin al acestor grupe, practic nu se pot da indicii privind diagnosticul Rorschach. Exemplul nostru (Nr.32) este puternic încărcat de constituția schizoidă care probabil că nu este întotdeauna atât de prezentă.

Linii directoare pentru diagnosticul Rorschach al tulburărilor de conștiință și al reacțiilor paranoide pot fi date doar când avem la dispoziție un material suficient de mare al diferitelor subcategorii și nuanțe. Deocamdată trebuie să ne mulțumim cu descrieri prudente ale constituțiilor și a stărilor psihice, iar diagnosticul să fie pus doar cu luarea în considerare a datelor clinice (în primul rând anamneza).

Anexă :
Testul Rorschach si medicația psihotropă

De la descoperirea acțiunii psihotrope a clorpromazinei în 1952, în psihiatrie a început era psihofarmacologiei, prin care tratamentul medicamentos a câștigat puternic teren în fața altor metode (terapiile prin șoc, psihoterapia, etc.). De aceea este de luat în considerare faptul că un pacient la test este sub influența medicamentelor. În cazul unei bune colaborări dintre medic și psiholog se poate întotdeauna menține pacientul fără medicație până la testare.

Întrucât, însă acest lucru nu este posibil întotdeauna, chiar la cele mai bune intenții (fie și datorită faptului că pacienții când apar în clinică sunt deja medicați), se pune problema în ce măsură medicația psihotropă folosită actual în clinică modifică "per se" factorii de test, adică înainte ca să apară modificările clinice și prin aceasta să îngreuneze diagnosticul Rorschach.

Această problemă este fundamental diferită de aceea a măsurii în care o ameliorare (sau înrăutățire) a stării clinice survenite prin tratament este vizibilă în testul Rorschach. Această ultimă întrebare a incitat bineînțeles interesele industriei de medicamente și chiar pe mulți psihiatri, și de aceea au fost efectuate o mulțime de studii pe această direcție. Este vorba de o chestiune a psihiatriei și mai ales a psihofarmacologiei, care nu își are locul într-un manual de psihodiagnostic Rorschach. Dimpotrivă interesul nostru ardent este pentru răspunsul la prima întrebare. Dar mie, cel puțin în Europa nu-mi este cunoscută nici o cercetare care să răspundă întrebării. Industria farmacologică și medicii sunt interesați doar de acțiunea terapeutică (vindecare), iar psihologia clinică este mult prea tânără și prea puțin cunoscută publicului larg, încât să ne așteptăm ca astfel de cercetări să fie susținute din fonduri deschise de cercetare.

Autorul nu s-a putut baza decât pe el însuși. Chiar pentru a putea avea eșantioane la dispoziție din care să-și poată face o imagine aproximativă a trebuit să apeleze la două clinici elvețiene și la una daneză în care am făcut studiile corespunzătoare. Ar fi suficiente următoarele constatări sumare.

Nu putem spune aproape nimic despre stimulente și psihoton, care nu se întrebuințează în clinică aproape niciodată. Aici ne-am fi așteptat cel mai degrabă la manifestarea nemijlocită a unor efecte asupra factorilor de test. Dar întrebarea în acest sens nu este de o mare semnificație practică.

În general impresia este că neurolepticele (antipsihoticele), tranchilizantele, timolepticele (ortotimizantele, antidepresivele) și chiar timereticele(Inhibitorii MAO) nu influențează esențial factorii testului și cu asta nici utilizabilitatea testului Rorschach. Acestlucru poate fi spus cu cea mai mare probabilitate despre Clorpromazin (Largactil, Prozil), Clorprotixen (Taractan), Imipramin (Tofranil). O presupunere avem (materialul a fost prea restrâns) că și următoarele substanțe nu ar pune sub semnul întrebării utilizarea testului Rorschach: Amitriptilin(Saroten), Clopentixol (Sordinol), Fluphenazin (Pacinol), Izocarboxazid (Marplan), Meprobamat (Pertranquil), Methaminodiazepoxid (Librium), Nialamid (Niamid), Perphenazin (Trilafon), Phenelzin (Nardil).

La un tratament cu aceste substanțe, sau cu altele pe o perioadă de timp mai lungă este de luat în seamă o modificare clinică și implicit a protocolului Rorschach. In unele cazuri ameliorarea poate fi observată chiar mai devreme decât prin observarea clinică. La pacienții tratați cu medicație psihotropă, o anume precauție în evaluarea protocolului își are locul ei. Doar în primele zile putem considera că surprindem "tabloul originar" al bolii.

Ameliorarea clinică la tratamentul psihofarmacologic este, după cum ne-am și aștepta, vizibilă și in Rorschach. Concordanțe pot apărea, bineînțeles, sunt însă puțin mai puține decât în cazurile netratate. Trebiuie să fim atenți fiindcă anumite sindroame Rorschach (precum sindromul psihoorganic difuz sau sindromul psihastenic) au o așa de mare forță de-a transpare încât pot acoperi alte manifestări printre care și o ameliorare a tabloului de stare actual. În orice caz este de urmărit că după trecerea depresiilor sau a stărilor psihotice pasagere, nevrozele sau psihopatile pre-psihotice severe pot apărea deslușit în test. Aceasta se întâmplă indiferent dacă pacientul a fost tratat sau nu.

Capitolul 15
Utilizarea testului Rorschach la copii și tineri

Psihologii pentru copii s-au aruncat cu așa un zel asupra experimentului Rorschach, încât cei din afară au avut uneori impresia că ar fi vorba de o metodă specifică psihologiei copilului. Am fost uneori chiar întrebat dacă testul Rorscach se utilizează și la adulți. Dar întrucât RORSCHACH și-a prelucrat și fundamentat metoda pe adulți, întrebarea mai legitimă ar fi cea inversă: Poate fi întrebuințată metoda și la copii? Așa cum a arătat RORSCHACH și numeroși cercetători ulteriori, marele avantaj altestului constă în utilizabilitatea sa universală, la toate națiunile, la toate nivelele de inteligență și la toate categoriile de vârstă. Incepând de la o vârstă de cca. 3 ani, testul este utilizabil la copii (FORD, vezi mai departe, p.93). În orice caz, cum este de altfel de așteptat, de remarcat o serie de modificări la copii, atât la preluarea protocolului și mai ales la evaluare. In afară de asta testele de semnificare a formelor sunt în general mai puțin fertile, bogate, decât la adulți sau tineri[1].

I. Literatura

Facem mai întâi o trecere scurtă în revistă asupra literaturii Rorschach importante, în măsura în care se referă la copii. Aceasta este atâtde mare încât ne este imposibil să ne referim nici măcar la toate lucrările semnificative, damite la mulțimea de lucrări mai puțin semnificative sau mai puțin dedicate.

Propriile mărturisiri ale lui RORSCHACH privind rezultatele sale la copii sunt chiar puține. El afirmă doar că componentele particulare ale inteligenței sunt dezvoltate diferit la diverse vârste (p.62) și că tipurile de rezonanță intimă ale copilului de circa 2 ½ -4 ani sunt ambiegale sau dilatate, iar în perioada de latență, în anii de școală, apare o tendință de coartare iar tipul de rezonanță intimă în pubertate redevine ambiegal (p.90, 113/114).

Primul care a întreprins un studiu pe copii cu testul Rorschach a fost colaboratorul lui RORSCHACH, BEHN-ESCHENBURG[2] cu experimentele sale pe elevi. Lucrarea a fost o contribuție interesantă la psihologia prepubertății și a pubertății (aici a fost descrisă "nevroza compulsivă fiziologică") și a adus în plus confirmarea că testul Rorschach este adecvat pentru cercetările psihologice la copii și tineri.

A urmat cercetarea fundamentală a lui LOEPFE[3] pe copii de la o școală din Zürich de 10 până la 13 ani. LOEPFE confirmă utilizabilitatea testului la copii, constatată de BEHN-ESCHENBURG (p.207) și constată unele specificități ale protocoalelor copiilor precum o acuitate mai slabă a formelor (p. 219), semnificația pozitivă mai redusă a G-urilor și mai

1 G. MEILI-DWORETZKI, Versuch einer Analyse der Beobachtungsdeutungen im Rorschach Test nach genetishen Gesichtspunkten, Schweiz. Zeitschr.f. Psychologie, Vol.11, 1952 p.266

2 HANS BEHN-ESCHENBURG, Psychische Schuleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch, Bern, 1921

3 ADOLF LOEPFE, Uber Rorschac'sche Formdeutversuche mit 10-13jahrigen Knaben, Zeitschr.f. angewante Psychologie, Vol.26, 1925, p.202-253

marea tendință spre interpretări Dd. LOEPFE consideră testul Rorschach la copii adecvat doar în completarea altor metode de cercetare (psihiatrică, pedagogică).

Următoarea cercetare pe elevi provine de la scolarii din Geneva și a fost făcută de MARGUERITE LOOSLI-USTERI[1]. Noi vom prezenta rezultatele ei după o lucrare ulterioară.

Curând a urmat ERNST SCHNEIDER[2] cu lucrarea sa despre școlarii cu inhibiții ale inteligenței, care a confirmat faptul că factorii testului Rorschach au valoare diagnostică și la copii (p.110-111) și că testul Rorschach este echivalent în probarea inteligenței copiilor cu alte demersuri (precum BOBERTAG-HYLA, DÖRING, BINET SIMON și evaluarea școlară). Pe lângă aceasta el este capabil să "pună problema manifestărilor inhibițiilor" și să dea câteva aspecte calitative (p.160). Evaluarea inteligenței Rorschach și evaluările școlare au dat cel mai înalt coeficient de corelație (p.161-163).

În anii 30 a u urmat studii Rorschach pe copii în proporție de masă, care cresc ca număr în continuare. Doar o parte din ele vor fi amintite.

Bineînțeles, manualul lui ZULLIGER la "Testul Behn Rorschach" (p.21,59/60, 64) conține o serie de remarci valoroase privind observațiile sale la copii (perseverații, denumiri de culoare, K-uri animaliere), iar în altă parte[3] ZULLIGER constată Ban% mic al copiilor și tendința lor către DG și DdG.

MARGUERITE LOOSLI-USTERI care s-a ocupat cu utilizarea testului Rorschach la copii în mai multe lucrări, ne dă o sinteză cuprinzătoare a constatărilor făcute de ea în aceste cercetări într-o lucrare din 1942[4]. Ea face aici constatarea că copiii de 9-12 ani dau mai puține răspunsuri K și cromatice decât adulții (p.89/90). Din această cauză tipul lor de rezonanță intimă devine coartativ extratensiv și nu rar chiar coartat. Kinesteziile sunt la această vârstă mai degrabă un semn al maturizării precoce.

Dezvoltarea perceperii planșelor Rorschach de către copii au fost studiate din punct de vedere al psihologiei gestaltiste și al geneticii de către GERTRUDE DWORETZKI[5].

În volumul culegere "Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch", A. WEBER[6] face o sintetizează bogata sa experiență cu testul Rorschach la copii. Aici găsim din nou, printre altele, constatarea privind aplecarea copiilor spre perseverație și asupra deja pomenitelor interpretări inversate. Și privind conținutul interpretărilor WEBER face unele observații interesante.

Asupra celorlalte remarci ale lui LOOSLI-USTERI și ale lui WEBER vom reveni într-o manieră mai sistematică.

---

1 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Le test de Rorschach applique a differents groups d'enfants de 10-13 ans. Archives de Psychologie,Vol.22, 1929, p.51-106

2 ERNST SCHNEIDER, Die Bedeutung der Rorschach'schen Formdeutversuches zur Ermittlung intelektuel gehemter Schuller. Zeitschrift f. angew. Psychologie,Vol. 32, 1929, p.102-163

3 HANS ZULLIGER, Jugendliche Diebe im Rorschach Formdeutversuch, Bern, 1938

4 MARGUERITE LOOSLI-USTERI, Der Rorschach Test als Hilfsmittel der Kinderpsychologen, Schweiz.Zeitschr. f. Psychologie, 1942, p.86-93

5 GERTRUDE DWORETZKI, Le test de Rorschach et l'evolution de la perception, Etude experimentale. Arch de Psychol, Geneve,27, 1939

6 A. WEBER, Der Rorschach'sche Formdeutversuch beim Kindern, in Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch, Zurich, 1944, p. 47-61

Dintre lucrările mai noi am dori să amintim monografia lui MARY FORD[1], bazată pe un material de 123 copii în vârstă de 3-8 ani. In următoarea sinteză privind rezultatele obținute de la copii ne vom referi repetat la această lucrare.

Apoi mai este de numit studiul fundamentat al lui VERENA GEBHART[2] privind dezvoltarea intelectuală, în care se compară factorii inteligenței din testul Rorschach pe un material format din copii cu inteligență normală, copii oligofreni de 6-15 ani și adulți (în total 1443 protocoale).

Ar mai fi de marcat și cartea "Child Rorschach Responses" a lui AMES, LEARNED, MÉTRAUX și WALKER[3]. Această lucrare laborioasă nu ar fi în totalitate de luat în considerare, fiindcă autorii au marcat diferit anumite categorii de formule (F+, D, Ban) pentru trei grupe de vârstă diferite. Prin aceasta o mare parte din materialul util psihologiei dezvoltării s-a pierdut; astfel modificarile acestor factori de test la diferite vârste nu mai pot fi urmăriți. Chiar și numărul de răspunsuri a fost modificat în voie, pe de o parte prin adăugare pe de alta prin omisiune (Op cit. p.27, 32), ceea ce bineînțeles că face unii factori procentuali de neutilizat.

O parte din autorii studiului de mai sus, AMES, METRAUX și WALKER și-au continuat studiile și pe tineri (adolescenți) și le-au publicat în cartea "Adolescent Rorschach Responses"[4]. În această lucrare pare că marcarea Ban a devenit mai strictă (Op. cit. p.19). Instructajul autorilor face ca conștiința interpretativă să nu mai poată fi judecată (p.18), iar marcarea interpretărilor de umbrire/ nuanțare este într-un fel, o reîntoarcere la marcarea unică a lui RORSCHACH (F(C)) pentru toate categoriile de umbriri și răspunsuri de clarobscur (p.19).

II. Sinteză privind rezultatele cercetării Rorschach la copii

Numărul de răspunsuri pare a fi la copii sub media adulților și crește până la vârsta de 10 ani până la limita inferioară a mediei (Ames et all. p.102).

1. *Ordinea perceperii*

Ordinea perceperii manifestă deosebiri importante față de adulți. Dacă facem abstracție de copiii sub 5 ani, copiii interpretează în general mai puține G-uri decât adulții , iar pe de altă parte ei tind mai mult spre răspunsuri Dd. Copii nu pot deosebi încă esențialul de neesențial și se concentrează pe amănunte. Și răspunsurile Do sunt ușor mai crescute la copii. Faptul că adolescenții (tinerii) și copiii au o tendință sporită spre Dim, a fost deja amintit în cap.4, A. Do și Dim cresc la copii cresc, printre altele în raport cu vârsta (DWORETZKi,

1 MARY FORD, The application of the Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, 1946

2 VERENA GEBHART, Zum Problem der intellektuelen Entwickelung im Rorschach'schen Formdeutversuch, Monatschrift fur Psychiatrie und Neurologie, vol 124, 1952, p.91-125

3 LOUISE BATES AMES, JANET LEARNED, RUTH W. METRAUX, RICHARD N.WALKER, Child Rorschach Responses, New York, 1952

4 LOUISE BATS AMES, RUTH W. METRAUX, RICHARD. N. WALKER, Adolescent Rorschach Responses, Developmental Trends from Ten to Sixteen Years,New York, 1959

FORD, p.53). După DWORETZKI[1] în cazul interpretărilor Dim la copii se poate remarca o evoluție de la interpretări Dim primitive (găuri, rupturi, ferestre, etc.), prin interpretări ale albului (zăpadă, lapte, apă, etc.) spre configurații propriu zise (lampă, cap, etc). Așa precum BEHN-ESHENBURG a remarcat, iar LOEPFE a subliniat în mod deosebit, G-urile la copii sunt de valorizat mai puțin pozitiv și sunt mai degrabă de considerat ca o "lipsă de prelucrare a detaliilor". WEBER, care e de aceeași părere, deosebește răspunsuri globale primitive și infantile (Op. cit., p.58, 59). Răspunsurile G *primitive* "nepăsătoare", "indiferente" (pe care WEBER le notează cu Fp (formă primitivă), sunt obiecte indiferente copilului precum "băț", "piatră", "bucată de lemn"; ele sunt anoste, comode și seci.

G-urile *infantile* (primitiv-infantile) sunt neajutorate, dar nu indiferente. Ele sunt preluate din lumea tehnicii, a jucăriilor, sau sunt figuri umane ori animale și nu sunt indiferente copilului ci fie dragi, fie înspăimântătoare. Uneori sunt puțin confabulatorii într-un mod în care îl întâlnim și la adulții artiști.

Dezvoltarea tipului de percepere urmează o linie ondulatorie cu trei faze: Copiii foarte mici (3-5 ani) dau multe G-uri, dar majoritatea forme proaste. La trecerea spre vârsta școlară (5-7 ani) G-urile scad, tipul de percepere se modifică spre Dd, iar formele se îmbunătățesc (FORD, p.84/85). La vârsta de 7-10 ani, G-urile cresc din nou, de data asta cu forme mai bune (VAN KREVELEN[2]). La rezultate asemănătoare a ajuns și ERICKSON într-o comparare a două clase școlare (de 7 ani jumătate cu cei de 14 ani)[3]. Așa cum a afirmat DWORETZKY, în această dezvoltare ondulatorie există patru nivele de dezvoltare ale perceperi: 1. O *percepere globală primitivă*, în care copiulul încă nu prelucrează forma ci îi dă eventual o desemnare dorită, preferată (care se repetă apoi adesea la celelalte planșe), ori una imprecisă (de ex. "nori"), sau una schematică (de ex. "cerc", sau "literă"), sau interpretări pars-pro-toto (de ex. "pom" din cauza liniei mediane, sau "pisică" din cauza mustăților". 2. *O analiză primitivă*, unde pregnanța (de exemplu prelungirile petei) sunt semnificate cu deosebită plăcere. In plus apar, așa cum remarca GUIRDHAM la unii epileptici, anumite amănunte percepute asemănător și interpretate stereotip, ori sunt date interpretări schematice (precum orice e lunguieț, "băț", sau "picior"), sau desrieri ("linie", sau "aici e gol"), sau, în fine, interpretări subiective sau fantastice. 3. *O analiză superioară* cu răspunsuri detaliu mai bune; din interpretările schematice sau primitive apar fețe bine motivate, oameni, etc. 4. *Globalizări superioare* cu o sinteză diferențiată: G-uri bilaterale, combinate sau abstracte cu structuri globale diferențiate sau Interpretări impresioniste (majoritatea FC sau CF). Capacitatea de abstractizare și structurare (plasticitatea structurilor) și cu aceasta capacitatea de-a da mai multe interpretări structurate aceleiași părți ale petei, crește mereu în raport cu

1 GERTRUDE DWORETZKI, Le test de Rorschach et l'evolution de la perception. Etude experimentale, Arch. de Psychologie, Geneve, 1939,p. 302, 305

2 D. A. VAN KREVELEN, Der Rorschach Test in Frobelalter, Rorschachiana II, Bern, 1947, p.88

3 ALBERT ERICKSON, Rorschach formtydnigsforsok. En oversikt oh ett bidrag till Rorschach testing av barn. Tidskrift for Psycologi och Pedagoggik I, 1943

vârsta. Se desprinde astfel în Rorschach o lege generală a dezvoltării[1], anume că modul de percepere primitiv-global al copilului mic este înlocuit mai întâi de un mod analitic, carenu reușește întotdeauna resintetizarea. Abia relativ târziu apare din nou o percepere globală, de astă dată cu o structură diferențiat-sintetică.

Succesiunea modurilor de percepere este la copiii mici ceva mai relaxată și devine mai ordonată cu vârsta. Aceasta se leagă de faptul că copii mici se ghidează după metoda "încercare și eroare" (FORD, p. 86, BOCHNER și HAPERN, Op.cit, p.106).

2. *Ordinea determinanților*

Și la ordinea determinanților apar variații față de cea a adulților. Astfel K-urile și răspunsurile cromatice sunt la copii relativ rare, ei dau în orice caz mai puține decât adulții (LOOSLI-USTERI, 1942, p.89/90, FORD, p.46, 86/87). Pe de altă parte e de atras atenția că copii dau ocazional interpretări autentce K la animale (ZULLIGER, Bero, p.21). Copii au K-uri "mai degrabă "agresive than compliant" (PIOTROWSKI)[2]. În afară de asta copii au mai multe Kmic decât adulții (BEHN –ESCENBURG, SCHNEIDER[3]) și anume adesea sub forma unor scene mici mișcate, care imaginează o preferință pentru basm, și lasă să se vadă o "gândire fantezistă în miniatură" (ZULLIGER, Tafeln Test, p 83). După WEBER copiii sub 6 ani dau puține răspunsuri cromatice și aproape nici un K (p.53,55), iar G MEILI-DWORETZKI observă că "copiii până la circa 8 ani dau rar răspunsuri K veritabile"[4]. FORD a observat un *comportament particular al sexelor*. Băieții încep mai devreme cu K-uri, fetele mai devreme cu răspunsuri cromatice (constatare comună a lui FORD, PAULSEN și STAVRIANOS, după FORD, p.59/60). În afară de asta se pare că tendința spre răspunsuri cromatice la ambele sexe are o dezvoltare particulară încrucișată: La copiii foarte mici (4-6 ani) apar mai multe răspunsuri cromatice (de toate cele trei categoriile) la fete, în timp ce la copiii mai mari (8-10 ani) este invers; aici au băieții mai multe răspunsuri color. La începutul anilor de școală (6-8 ani) aceste diferențe se șterg (FORD, p.71). Locul "încrucișării" este localizat la intrarea în vârsta școlară, adică la trecerea spre starea de latență. Această descoperire nu este surprinzătoare, dacă ne gândim la ceea ce este cunoscut oricărui învățător, anume că fetele în anii școlari sunt mult mai

---

1 Această lege are propria istorie, care ilustrează amestecul babilonic al limbilor în știința modernă. Ideea că dezvoltarea biologică si psihologică pornește de la un stadiu de pornire omogen prin diferențieri și integrări alternative pornește de la HERBERT SPENCER (The principles of Biology, 1864-1867) Mai târziu ideea apare la filosoful francez ERNST RENAN (L'avenir de la science, Paris 1890), care afirmă legea că orice cunoaștere umană se dezvoltă în trei acte: 1. Vue generale et confuse du tout; 2.Vue distincte et analitique des parties; 3. Recomposition synthetique du tout, avec la connesaince que l'on a des parties" RENAN numește aceste trei faze Sincretism, Analiză și Sinteză. Pentru el aceasta e "la loi de tout ce qui vit". El nu-l pomenește pe SPENCER. EDOUARD CLAPAREDE a constatat valabilitatea legii aupra percepției. Ea a fost apoi uitată si redescoperită, dându-i-se diverși autori (KURT LEWIN, HEINZ WERNER, GARDNER MURPHY). Această lege apare dci pe trei linii genetice Una anglo-germano- americană, alta franco-elvețiană

2 ZIGMUNT A. PIOTROWSKI, A Rorschach compendium, Revised and enlarged, The Psychiatric Quarterly, Vol.26, p.570

3 ERNST SCHNEIDER, Psychodiagnostisches praktikum, Leipzig, 1936, p.38

4 G. MEILI_DWORETZKI, Versuch einer Analyse der Bewegungdeutungen im Rorschach-Test nach genetischen Gesichtspunkten. Schweiz. Zeitschr.f. Psychol. Vol.11, 1952, p.266

“pacificate” și produc mult mai puține dificultăți disciplinare decât băieții. Aceasta ține de ipoteza “impulsul pasivității” (HELENE DEUTSCH) în dezvoltarea libidoului la fete.

Cei mai tineri copii dau adesea denumiri de culoare și doar rar adevărate răspunsuri determinate de culoare (DWORETZKI). Dacă răspunsurile cromatice (în jurul vârstei de 5-6 ani) apar în general în număr mai mare, ele sunt (pe la 6-7 ani) preponderent CF și C, mai rar FC (DWORETZKI, WEBER, p.53/54). Formele instabile de răspunsuri cromatice (CF și C) scad în anii următori și formele stabile, FC, cresc (WEBER, p.53/54, FORD, p.46-48, 90/91). Cu toate acestea copiii au mai mult CF decât FC.

Așa cum a expilcat și JØRGEN JØRGENSEN[1] pulsiunile și mișcările sugarului sunt încă ”fără direcție”. Dar deja în copilăria timpurie mișcările intră într-o strădanie spre scop, în urma percepțiilor și aflărilor făcute în procesul împlinirii nevoilor. Tendința spre C-uri pure și CF –uri, la copilul mic este , ca să spunem așa, o reminescență din copilâria foarte timpurie și că frecventele valori cromatice instabile găsite la nevrotici facv parte din multele infantilisme ale nevrozei.

În timp ce pentru Bero-test la copii s-au găsit esențialmente aceleași valori ca și la testul Rorschach,[2] la Testul Z la copii (și la anumiți adulți) se produc, procentual mai multe răspunsuri K și cromatice decât la Bero-test[3].

Așa cum a fost constatat de către DWORETZKI, ca și de ZULLIGER (Bero-test, p. 92) denumirile de culoare apar și la copiii sănătoși. Apariția lor e normală doar la copiii preșcolari. La copiii cu o vârstă mentală de opt ani și peste, adică la o dezvoltare deplină a simțului realității nu se mai găsesc aceste denumiri de culoare (FORD, p.72). (La această vârstă încetează și perseverările). După AMES et all. (p.283), denumirile de culoare nu mai sunt de considerat “normale” la copii peste 5 ani.

În ce priveș*te tipul de rezonanță intimă*, el este, după LOOSLI-USTERI (1942, p.92), de obicei pur extratensiv, dar coartativ. Tipul de rezonanță introversiv este mult mai rar, cel complet coartat este mult mai frecvent decât la adulți. Tipul de rezonanță intimă ambiegal este aproape intotdeauna legat de șocul cromatic. El este mai frecvent la fete decât la băieți și la băieții greu educabili mai frecvent decât la normali. Ambiegalitatea copiilor este, după părerea lui LOOSLI-USTERI aproape regulat un produs al maturizării precoce sau al nevrozei. Frecvența tipului coartativ de rezonanță intimă este ceea ce și Ford confirmă (p. 73, tabelul 17). După observațiile ei tendința spre introversiune în timp între 3 și 7 ani crește direct proporțional cu vârsta (p.79). Această creștere a K-urilor apare la copii normali între 7 și 12 ani; doar la debilii mental această creștere nu se manifestă (KERR)[4].

3. *Conținutul*

Gama de variație a conținuturilor răspunsurilor crește odată cu vârsta (FORD, p. 91, AMES et all. p. 91), în timp ce părțile interpretate în răspunsurile umane cresc ca complexitate

---

1 JORGEN JORGENSEN, Psykologi paa Biologisk Grundlag, Kobenhaven, 1941-46, p.409-410

2 JOBST-DIETRICH THEMEI, Sculanfanger in Behn-Rorschach Test, Ztschr. F. experim. und angewandte Psychologie, vol. 3, p. 266-267

3 HORST VOGEL, Der Z-Test bei normalen Schulkindern in : Untersuchungen zum Z-Test, Biel, 1953

4 MADELINE KERR, The Rorschach Test applied to children. British Journal of Psychology, Vol. 25, 1935, p.183

(AMES et all. p.93). La răspunsurile de persoane se produce o anumită dezvoltare pe care a studiat-o BRUHN[1]. Răspunsuri precum “unchi”, “nene”, “tanti”,”băiat”,”fetiță” se găsesc cel mai frecvent la vârsta de 7 până la 8 ani, apoi dispar abrupt. “Bărbat”, “tip”, “femeie”, “doamnă”, cresc și sunt la circa 11 ani la fel de frecvente ca și “băiat” și “fată” și cresc apoi brusc. (BRUHN, p.125/126). Copii tind în general spre interpretări șablonarde (precum “om”, ”băiat”, “fetiță”, “Nene”, “tanti” sau alte atribute. Abia după 16 ani această trăsătură se pierde (BRUHN, p.130, 132). La tinerii mai mari apar așa numitele “*răspunsuri confecționate*”, adică persoanele sunt descrise cu îmbrăcăminte (“Bărbat cu pălărie”, “Femeie cu o blană”, etc.) (BRUHN, p.133), Abia apoi apar descrierile etnografice, istorice și psihologice (“scoțian în costum național”, “doamnă din epoca Ludovic XIV, cu rochie mare și perucă”, “un nătărău”, “haimana din port”, “țațe la cafea”; aceste răspunsuri de persoane, prelucrate mai evoluat, apar la copiii dotați (BRUHN, p.133/134,135).

Copiii dau de obicei multe răspunsuri animaliere (BOCHNER și HALPERN, p.105), în același timp răspunsurile anatomice sunt mai rare la copii, ceea ce a fost constatat unanim atât de cercetătorii americani cât și de cei elvețieni (KERR, FORD, p.50, ZANGGER)[2]. Ele încep abia spre sfârșitul perioadei gimnaziale (de la 13 ani), dar apar ceva mai frecvent la copiii nevrotici (KERR, Op. cit. p.181/182).

Si interpretările de mască sunt rare la copii și apar mai degrabă la copiii precoce[3]. Între animalele semnificate, animalele sălbatice predomină la copiii de 3-5 ani, dar joacă și la copiii de 5-10 ani un rol important (AMES et all, p. 92). WEBER a observat între conținuturile date de copii adesea “picioare rupte, tăiate” (evident ca urmare a complexului de castrație) și “dinți”, care după experiența sa ar fi în legătură cu culpa onaniei. Și AMES et all (p.193) găsesc frecvent lucruri “rupte” sau “indoite, răsucite” în răspunsurile copiilor de 5 ½ ani, iar la cei de 5 ani “putrezirea, vătămarea și mutilarea” (decay, damage and mutilation) era o temă obișnuită. Chiar “Înger” , “drac” și “fantomă“, sunt răspunsuri dese, la fel ca și răspunsurile care prezintă o trăsături comune omului și animalelor (de ex.”doi papagali care își dau mâna”, WEBER, p.60). Natural că se găsesc și multe motive de basm, precum “Zâne”, “Spiriduși”, “Zmei” și altele asemenea (FORD, p.49). Răspunsuri hrană sunt date de asemenea des de copiii mici[4]. Tinerii cu conflicte privind onania semnifică adesea mocirlă, rahat, murdărie, apă scurgându-se, putreziciune (ZULLIGER, Z –Test, p.189). Faptul că copiii dau, de asemenea, mai frecvent semnificări de obiecte și de natură decât adulții (LOEPFE) a fost deja amintit (vezi p.67)

4. *Procentele.*

F+% a copiilor sunt în medie mai mici decât la adulți (LOEPFE, WEBER, FORD). (Privitor la consecințele acestei constatări pentru evaluare vezi ultimul paragraf al acestui capitol). F+% crește cu vârsta (FORD, p.53, 90, GEBHART, p. 107, 108, 109), mai exact

1 KARL BRUHN, Blackflacksforsok med barn och Ungdom, Helsinfors, 1953

2 GINA ZANGGER, Die “Versager”, Zwischenformen und Anatomieantworten im Rorschac'schen Formdeutversuch, Rorschachiana I, Bern, 1945, p.103, 105, 107.

3 ROLAND KUHN, Uber Maskendeutungen im Rorschach'schen Versuch, Basel, 1944, p. 46 și 127

4 SAMUEL J. BECK, Rorschach's test, II, p.221

cu vârsta mentală . (Şi K-urile cresc cu vârsta mentală, în timp ce reducerea de G+ este şi ea dependentă de vârstă, LODERER, WEBER, p.60).

A% al copiilor este în general mai mare, Ban% estemai redus, iar Orig% mai înalt decât al adulţilor (BOCHNER şi HALPERN, p.105). Ban% al copiilor este în medie 10-15 % (ZULLIGER, Jugendliche Diebe, p.15).

Banalităţile copiilor (socotite ca la adulţi) sporesc cu anii, la fel şi Orig+, în timp ce atât de frecventele Orig- ale copiilor sub 5 ani (de unde şi procentul lor mare de Orig), scad după această vârstă (FORD, p.51).

Cu vârsta cresc deci: numărul de răspunsuri, F+%, Orig+% şi (mai puţin exprimat) K+ (FORD, p.90); ultimii trei factori sunt în primul rând determonaţi de inteligenţă.

În mare desfăşurarea dezvoltării spirituale a copilului (şi aceasta apare în mod natural şi în factorii Rorschach) nu este lineară, ci în salturi, oscilatorie. AMES et all formulează aceasta la sfârşitul acestei cărţi (p.289) în următoarea formulare: “Vârstele de echilibru alternează într-o anumită măsură cu vârste ale dezechilibrului, vârstele de expansiune cu vârste ale interiorizării. Vârste la care comportamentul pare a fi bine organizat pot fi urmate de vârste la care manifestă perturbări interioare marcate. Vârste la care subiecţii răspund favorabil la persoane şi lucruri din ambient pot fi urmate de vârste cu rejecţii marcate şi rebeliuni împotriva ambientului” (În original în lb. engleză).

5. *Fenomenele speciale.*

a) *Recuzarea* ca fenomen de şoc este mai rară la copii decât la adulţi. Rar, apare la pl. I (WEBER, P. 36). La copiii mai tineri (preşcolari), recuzarea pare a fi mai frecventă (AMES et all, p.105).

b) O *conştiinţă interpretativă slabă*, sau *lipsă* (“identificare” a imaginilor) nu este neobişnuită la copiii mai mici (până la 4 ½ ani) deoarece realitatea şi imaginaţia se interpătrund (AMES et all, p 141, 152, 194).

c) *Şocul cromatic* se găseşte la copiii nevrotici de orice vârstă la fel ca şi la adulţi, iar *şocul la negru/obscur* ceva mai frecvent decât şocul cromatic (WEBER, p.56). Ultima constatare nu este de mirare fiindcă şocul la negru este în legătură cu anxietăţile, în special cu frica de întuneric, care, se ştie este mai frecventă în copilărie decât la maturitate.

d) Faptul că copiii manifestă uneori *confabulaţii*, a fost pomenit adesea (WEBER, p.58, AMES et all, p.140, 152/153, 168, 221). Fantezia şi realitatea la copilul mic nu este separată, sau nu este segregată suficient, face ca aceste confabulaţii să nu fie evaluate negativ. Dar peste vârsta de 7 ani aceste confabulaţii nu mai este normal să apară (WEBER, p.59, AMES et all, p.283). Înrudite cu confabulaţiile sunt *interpretările pars-pro toto* ale copiilor. O varietate deosebită a confabulaţiilor infantile sunt lucruri (oameni, animale, obiecte), care “nu pot fi văzute”. Ele au fost observate anume la copii între 7 şi 10 ani (AMES et all, p. 222 şi 266).

e) Aşa cum s-a mai arătat deja (Cap. 4 şi 6),la copiii mici apar ocazional *contaminări* precum şi *răspunsuri cifră, sau poziţie* (AMES et all, p.100, 155, 179, 193). Răspunsurile poziţie sunt normale doar până la vârsta de 4 ani (AMES et all, p.284). Contaminările apar la fetiţe de 5 ani (AMES et all, p.179, 193). La copii sub 7 ani astfel de răspunsuri nu sunt

de luat în seamă ca simptome alarmante. Semnificația unor astfel de răspunsuri privind cercetarea schizofreniei a fost deja expusă.

f) La fel, *perseverarea* la vârsta preșcolară este o manifestare frecventă (mai ales la G-uri) (DWORETZKI, chiar dacă sunt legate de confabulații. Până în primul an de școală, inclusiv ea e normală, mai târziu ea se manifestă sub forma *adeziunii la temă* (WEBER, p.59). ZULLIGER (Bero Test, p. 59) atenționează asupra faptului că această tendință către perseverare apare doar rar pentru Dim –uri.

Această aplecare spre perseverare la copiii preșcolari își are originea în "*magic repetition*" al copiilor mici sub 3 ani (KLOPFER și MARGULIES)[1]. Prin aceasta se înțelege repetiția parțială, sau totală a aceluiași răspuns la planșa întreagă. Ea apare în forma ei completă, în general doar la copiii între 2 și 3 ani, rar între 3 și 4 ani. Stricto sensu, acesta este un echivalent al recuzării din lipsă de interes, sau din incapacitatea de-a se adapta la sarcină (DWORETZKI). Forme abortive (patru sau mai multe planșe au "magic repetition", celelalte fiind, fie respinse, fie obținând-ceva mai târziu- alte răspunsuri de o analogie brută), apar până la circa 5 ani, rar până la șase sau șapte ani. Dar numai o parte dintre copii (circa o treime) manifestă între 3 și 4 ani această formă de perseverare (FORD, p.36/37). Un comportament ceva mai matur este apariția observată de FORD a "magic repetition" la cel puțin două planșe, cu urmarea unor interpretări D- sau Dd-. În majoritatea cazurilor asemănarea acestor răspunsuri este problematică (FORD, p.38). Aici e vorba de o adaptare la sarcină, unde copilul merge de la similar spre similar, fie prin conținuturi similare (de ex fluturi), sau prin extragerea unor particularități ale unor forme similare (de tipul "perceptional perseveration" ale lui GUIRDHAM).

Doar dacă la majoritatea planșelor (după KLOPFER și MARGULIES, cel puțin 7) se dau mai multe interpretări adecvate copilul a ajuns la nivelul de dezvoltare al gândirii logice. Cele corespunzătoare comportamentelor numite de altfel gândirii prelogice (FORD, p.37).

MARY FORD deosebește în funcție de perseverare patru *stadii de dezvoltare*:

1. Stadiul prelogic: simple "magic repetitions" la toate planșele;

2. Stadiul logic confuz: Cel puțin patru planșe dau "magic repetitions" la planșa întreagă, restul fiind returnate sau au interpretări cu asemănare brută între ele cu primele .

3. Stadiul logicii perseveratorii: "magic repetitions" la cel puțin patru planșe, dar la interpretări D- sau Dd-; și

4. Stadiul logic veritabil: la cel puțin 7 planșe se dau mai multe interpretări adecvate.

g) Abstracțiile infantile, adică interpretări parțiale la planșa întreagă, sunt după ZULLIGER (Tafeln Z-Test, p.82) manifestări normale la copiii până la circa 8 ani.

h) Amintim din nou aici, în sfârșit, interesantele interpretări inverse, pe care WEBER (p. 59) le găsește la mai bine de 10% din cele 500 de protocoale de copii. Și AMES et all (p.

1 BRUNO KLOPFER and HELEN MARGULIES, Rorschach reactions in early childhood. Rorschach Research exchange, vol.5 1941, citat după MARY FORD, The application of the Rorschach Testto Young Children, Minneapolis, 1946, p.36

140, 155, 170) pomenesc aceste interpretări la copiii de la 3½ani până la 4½ ani. Privind semnificația psihologică legată de aceste interpretări am prezentat în cap 6, la discuția privind interpretările inverse observate de WOLFGANG KÖHLER.

III.Reguli speciale pentru utilizarea testului Rorschach la copii

1. *Aplicarea (preluarea) testului.* La aplicarea testului la copii "luarea de contact" este deosebit de importantă. Dacă copii nu-l cunosc deja pe experimentator, este necesar ca acesta să se joace și să discute în prealabil cu copiii, pentru ca aceștia să aibă cu experimentatorul un contact afectiv cât mai natural. Dacă copilul va percepe situația de examinare și examinatorul ca pe o probă cu un profesor sever sau "educator", treaba nu va merge, sau vom obține un protocol nenatural, plin de temeri și implicit falsificat și eronat. Nici unde nu depind rezultatele "științifice" atât de mult de experimentator și de contacul său, sau de eventuala precaritate a contactului, ca la cercetările pe copii. Eventual va trebui să amânăm testul pentru o altă dată, sau, dacă nu este în nici un fel posibil stabilirea contactului e de preferat să se lase preluarea protocolului, de către o persoană față de care are mai multă încredere. Anumite particularități de aspect (ochelari, barbă, halat, etc) pot declanșa la copii anumite reflexe condiționate care fac imposibilă colaborarea cu succes. Altfel, contactul cu copiii care cunosc experimentatorul este de obicei ușor de stabilit.

Deoarece copii preșcolari sunt greu de menținut într-o sarcină pentru mai mult timp, este de parcurs testul repede, fără multe comentarii (FORD, p.16/17). Copiii mici este bine să fie testați dimineața, când sunt proaspeți și odihniți (FORD, p.17).

Pentru copii de orice vârstă, e valabil chiar mai mult decât pentru adulți, ca *prezența unei a treia persoane* să fie pe cât posibil evitată. Mai ales prezența unui părinte, educator sau învățător al copilului poate influența decisiv și îndeobște defavorabil. Doar foarte rar putem face ecepție de la regulă.

Dacă v-ați propus să interziceți copilului rotirea planșelor (FORD, p.18, 33), atunci e necesar să renunțați. Interdicția de rotire a planșei (cu atât mai mult cu cât am deturna copilul de la plăcerea sa de-a funcționa), este un lucru atât de important în situația de test încât rezultatele obținute prin aceasta nu ar mai putea fi comparabile cu veritabilul Rorschach. Anume, prin aceasta s-ar reprima o serie de răspunsuri K , care se dau preponderent în poziția c sau b (de ex. dansatoarele de la pl.VII, sau diversele interpretări K la prelungirile mari, laterale, ale pl.IV și VI).

2. *Evaluarea.* Principial și la evaluarea testului la copii se utilizează aceleași *fundamente* ca și la adulți (precum KLOPFER, și MARGULIES și FORD, p.21). Particularitățile reacțiilor copiilor la testul Rorschach descrise mai sus au totuși ca efect o serie întreagă de variații ale valorilor simptomatice ai factorilor de test care sunt de luat în seamă la evaluarea testului la copii. In principal este vorba despre următoarele modificări:

a) *Răspunsurile formă* trebuie interpretate cu generozitate deoarece ele se leagă adesea de experiențe personale întâmplătoare (LOEPFE, WEBER, p.56/57). Să ținem cont că adesea copiii nici nu stăpânesc încă bine *limba*, încât să poată exprima ceea ce văd. De

aceea ei spun ceva dferit decât ceea ce gândesc. Când un copil dă un răspuns remarcabil care amintește de Orig- ai psihopaților pseudologici, chestiunea trebuie apoi cercetată mai îndeaproape. De obicei se vede apoi că copilul a semnificat altceva. Astfel, o fetiță normală de 4 ani a dat la pl. VI răspunsul G-, fără îndoială uluitor “un pian”. Părinții nu aveau nici unul și era îndoielnic dacă copilul văzuse vre-odată un pian. Curând s-a dovedit că copilul s-a referit la o chitară, iar acest răspuns nu este mai rău din punct de vedere al formei decât răspunsurile “burduf, foale” sau “rachetă de tenis” ale adulților, pe care Rorschach le-a notat, pe ambele cu Orig+.

b) Cu toate astea, F+% redus al copiilor conform propunerii lui LOEPFE, de compensat cu ajutorul lui Orig+. Invers, G-urile primitive (Fp-urile lui WEBER) sunt de luat în considerare ca un factor contrar (WEBER, p. 57).

c) G-urile, mai ales cele proaste și primitive, de evaluat *mai puțin pozitiv*, mai mult ca pe o ”lipsă a prelucrării detaliilor”(LOEPFE, p.240/241, WEBER, p.57/58). Așa cum corect observă FORD relația pozitivă dintre G și inteligență nu e valabilă la copii (p.69, 94/95). (Luată stricto sensu nu e valabilă nici la adulți, întrucât și aici doar G+ are o corelație pozitivă cu inteligența).

d) Constatarea lui LOEPFE că anumite *Dd*-uri apar la copii mai frecvent decât la adulți este corectă. Propunerea sa, ca acestea să fie marcate la copii cu D, este însă nepractică. Fiindcă este în primul rând dificil, să delimităm granița copil-adult în cazuri de dubiu și apoi nu ar mai putea fi făcute studii de dezvoltare psihologică asupra acestor factori. În afară de aceasta, s-a dovedit ulterior căchestiunea lui LOEPFE a fost puțin supraevaluată. Cercetările mai noi au arătat că “între D-urile și Dd-urile copiilor și cele ale adulților nu există o deosebire notabilă” (LOOSLI-USTERI, 1942, p. 89). Excepțiile sunt nesemnificative. *Deci nu o marcare diferită a D și Dd la copii*. La fel de absurd ar fi să notăm unele Do la copii drept D, fiindcă ele apar puțin mai des decât la adulți.

e) Când copii persevereaza cu Dim aceasta nu este de interpretat ca la adulți drept o *tensiune agresivă crescută*. Doar Dim-uri mai multe, particulare și îndepărtate unul de celălalt au această valoare simptomatică (ZULLIGER, Bero-Test, p.59/60).

f) În locul unei succesiuni majoritar relaxate (la adult), la copii aceeași valoare simptomatică a măsurii disciplinei logice o au *interpretările de obiecte ca D+* (LOEPFE).

g) Privitor la valorizarea pozitivă a K-urilor *la copiii mici*, mai ales când apar mai multe, e bine să fim reținuți. Pot fi “*semne ale unei anumite precocități*” (LOOSLI-USTERI, 1942, p.91). La copiii mai mari este oarecum diferit. La *vârsta școlară* K-urile pot fi evaluate pe deplin ca factor de inteligență, așa cum a arătat ERNST SCHNEIDER. NANCY BRATT[1] consideră că apariția de K-uri, la copiii mici, unde granița dintre fantasmă și realitate încă nu s-a constituit este până la un anumit grad “normală”.

h) Valoarea simptomatică a *răspunsurilor cromatice la copiii sub 10 ani este nesigură*, fiindcă chiar răspunsurile cromatice depind de experiențe individuale întâmplătoare (WEBER, p.52). La copiii mici culorile sunt trăite ca culori plate (Flächenfarben) în sensul

1 NANCY BRATT, Rorschachtesten I klinisk praxis, Koebenhaven,1968, p.37

lui KATZ[1], rar ca culori ale suprafeței (Oberflächenfarben)(WEBER, p.52). *Copiii sub 8 ani* ale căror răspunsuri cromatice constau *preponderent* din răspunsuri *FC* sunt precoci sau "*supraeducați*"; ei au devenit în urma puternicelor restricții pulsionale, docili, neautonomi, și lipsiți de temperament.

i) Și *tipul de rezonanță intimă* are la copii o *valoare simptomatică mai redusă* (LOEPFER, p.242/243). Înainte de toate e *mai labil* decât la adulți (WEBER, p.51). Senzațiile momentane se exprimă mai puternic. Iar coartarea, atât de frecventă la copii (LOOSLI-USTERI) nu este de evaluat pur și simplu la fel ca și la adulți (FORD, p.95).

j) FORD este de părere că *Ban*-urile marcate după regula adulților *nu au aceeași semnificație* de adaptare socială ca și la adulți. Aceasta ne pare însă dubios. În orice caz chiar cel mai mic Ban% trebuie considerat normal (BOCHNER și HALPERN, p. 105)

k) Nici *Orig%* nu pot descrie la copii fără alte considerente aceleași valori simptomatice ca la adulți (BOCHNER și HALPERN, p.105). Iar Orig- nu sunt anormale la copiii mici.

l) Raportul Ad > A este la copiii mici de evaluat ca un simptom de anxietate, așa cum este raportul Hd > H la adulți (ZULLIGER).

m) Și în sfârșit, este de reținut că și *confabulațiile și perseverațiile* la copiii de sub 8 ani sunt de considerat ca manifestări normale. Același lucru e valabil pentru *denumirea de culoare* (ZULLIGER), care, totuși, (după AMES et all, p. 283) la copii normali de peste 5 ani nu ar mai trebui să apară, precum și pentru *interpretările inverse*, care, după ZULLIGER[2], după vârsta de 6 ani nu ar mai trebui considerate drept normale. Și *contaminările* apar ocazional până la 5½ ani (AMES et all, p.100*). Răspunsurile cifră* nu mai apar a fi normale peste 6 ani, iar *răspunsurile poziție* deja de la peste 4 ani (AMES et all, p 284).

Cea mai importantă modificare dintre toate pentru evaluarea testului Rorschach la copii este aceea că la copii trebuie mereu *gândit în sensul psihologiei dezvoltării*. Aceeași manifestare semnifică la un copil de 5 ani ceva cu totul diferit decât la un copil de 12 ani, iar ceea ce la un copil de 14 ani semnifică o inhibiție în dezvoltare (de ex. un anume fel de confabulații), poate fi la un copil de 4 ani ceva absolut normal, ba chiar un semnal unei dotări deosebite. Doar cui această "gândire a scării glisante" i-a devenit o a doua natură este capabil să facă cumpănit evaluarea testului la copii.

1 David Kattz (1884-1953), Psiholog, reprezentant al scolii gestaltiste, care n lucrarea der Aufbau der Farbenwelt, (The world of Collor, trad. eng. 1935) face deosebirea dintre culorile "plate", precum lumina din ambient și culoarea recunoscută ca culoare "de suprafață", percepute în dezvoltarea copilului în mod diferit. n.t.

2 HANS ZULLIGER, Imbezilität in der Spiegelung der Tafeln Z-Test, Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Personlichkeitsforschung, Vol.II, p.327

Facem acum pe scurt o trecere în revistă a amintitei lucrări a lui AMES și colaboratorii privind rezultatele Rorschach la adolescenți[1].

Numărul mediu de răspunsuri a fost la acești tineri de 10-16 ani puțin mai mare (23), unde fetele au dat ceva mai multe răspunsuri decât băieții. Timpul mediu pentru tot testul a fost de 13 minute (p.75); cei mai mulți dintre tineri au mai fost o dată testați (p.76).

1. *Coloana tipului de perceperie.*

Privitor la numărul absolut de G-uri, nu aflăm, din păcate, nimic. G%, care este mai puțin concludent, scade încet de la 10 la 16 ani, unde băieții dau ceva mai multe G decât fetele (p. 36,37,130). Raportul G : D (la adulți e cunoscut ca 1: 3) este la adolescenți în jurul lui 1 : 1 (p. 34/35). Dd% (la adulți circa 10) scade la adolescenți între 6 și 10 (p. 35). Conținutul de Dim și Do nu pare să difere esențial de cel al adulților. Numărul de Dim, între 10 și 16 ani nu este în medie peste 1 (între 0,2 și 1,1); media de Do a fost de 0,4 pentru toate grupele de vârstă (p.35). La vârsta de 14 ani fetele au mai multe Dim-uri decât băieții, ceea ce e legat de pubertatea lor mai timpurie (p.37).

Pentru tipul de percepere apar variații de la media adulților, astfel că pentruaceste grupe de vârstă nu par a exista succesiuni tipice. (p.35, 36).

2. *Coloana determinanților.*

Adolescenții dau în medie 1- 3 K, fetele ceva mai multe decât băieții (p. 24,49).

La Răspunsurile cromatice autorii au găsit o ușoară preponderență a CF față de FC, cu valori relativ distribuite (p.24). Fetele tind ceva mai mult spre FC (p.57).

Coartarea tipului de rezonanță intimă găsită de BEHN-ESCHENBURG la 14 ani s-a adeverit (p.226). La 16 ani tipul de rezonanță intimă se dilată întrucâtva. (p. 242).

3. *Conținuturile.*

Conținutul pare să se asemene cu cel al adulților; conținuturile Pl, Geo, Abstr., Peis., sunt cu ceva peste media adultă, Arch, Foc, sunt sub ea (p. 64/65, 66). Fetele dau de obicei mai mult H + HD decât băieții.

Nouă este apariția ocazională a oglindirilor, care practic nu apar înainte de 10 ani. Evoluția pare aici să fie dinspre oglindiri animale spre oglindiri umane, la început mai mult în apă, mai apoi în oglindă (p.69). Chiar autorii găsesc aici "un anume grad de narcisism". Oglindirile sunt cele mai frecvente la 14 ani, în special la fete (p. 179).

Faptul că răspunsurile sex apar rar este legat de mediul puritan. Răspunsurile anatomie, sânge, explozie și mască se observă mai frecvent la băieți decât la fete.

4. *Procentele.*

F+% este mai bun decât în copilărie (p.39), în medie de 90 (p.24), în timp ce F+% la fetele între 13 și 15 ani sunt cu puțin peste cel al băieților. Privitor la A% nu avem communicate date.

---

1 Datele acestor autori sunt de luat în seamă doar cu o anume reținere, deoarece întemeierile nu sunt total de încredere. În exemple se găsesc adesea greșeli de marcare, mai ales o tendință de-a evita notarea răspunsurilor cromatice și de-a marca kinestezii de animale și obiecte. Notarea clarobscurului e de neînțeles, iar șocul cromatic a fost adesea trecut cu vederea

5. *Fenomenele speciale.*

Adolescenţii dau ceva mai puţine recuzări decât copiii între 2 şi 10 ani (p.78). Ambele sexe au cele mai multe recuzări la pl. IX şi VI.

Şocul cromatic apare relativ rar; dar el a fost de mai multe ori trecut cu vederea în protocoalele accesibile. Este interesant că la băieţi există o tendinţă mai pronunţată către şocul la roşu decât la fete, care se potriveşte mai degrabă cu ipoteza lui SALOMON privitor la anxietatea de castraţie decât cu ipoteza inhibiţiei agresivităţii (LOOSLI-USTERI şi alţii). (În fapt ambele ipoteze nu sunt complet contradictorii, fiindcă o inhibiţie a agresivităţii poate fi foarte bine o expresie a anxietăţii de castrare, care este la bază o temere de revanşă faţă de uyrmările propriei agresivităţi.

Contaminările, confabulările şi perseverările apar încă până la vârsta de 12 ani (p.156/157).

Începând cu12 ani apar destul de des "interpretări cu defect" (animale şi oameni "fără cap", etc.) (p.159), precum şi răspunsuri ile hrană care sunt la această vârstă obişnuite (p.158, 160).

Anexa I:
Copii şi adolescenţi greu educabili

Cum interesele psihologilor pentru copii şi tineri pentru testul Rorschach sporesc mereu, iar psihologul clinician are multiple ocazii să se ocupe în instituţii psihopedagogice tocmai cu astfel de aşa zişii copii dificili sau greu educabili, o tratare specială în această materie se dovedeşte îndreptăţită.

I. Copiii cu dificultăţi de educaţie (greu educabili)

1. Copiii (de până la 10 ani) *retardaţi* sau cu *deficit de dezvoltare* faţă de vârsta lor cronologică se depistează printr-o serie de reacţii Rorschach care nu mai sunt adecvate vârstei lor care au fost sintetizate de AMES şi colaboratorii. Cititorul le poate găsi în "Vademecum"-ul meu (Tabelul VII, 17).

2. *Copiii agresivi* au fost de mai multe ori obiectul cercetărilor. După ZULLIGER, în toate cazurile în care se găsesc, alături de interpretări Clob şi interpretări de defecte prezintă o anume dispoziţie spre agresivitate ca defensă faţă de anxietate. Dacă în protocol există în afară de CF, mai multe Dim şi eventual răspunsuri complexuale, atunci agresiunea e manifestă. Un şoc cromatic şi/sau la negru şi eventual kinestezii de flexie vorbesc de o agresivitate refulată sub forma unei dezvoltări masochiste. (Vezi "Vademecum"-ul meu Tabelul VII, 12)

O formă deosebită de agresivitate este aşanumita obrăznicie, insolenţă. DORIS MERIAN[1] a cercetat 34 de asemenea copii (între 5½ şi 13 ani) cu ajutorul testului Z. Ea a

1 DORIS MERIAN, Uber freches Verhalten im Kidesalter, Bern, 1956, p.41-42

găsit în locul tendinței copiilor mai mici de-a da Dd-uri, relativ puține din acestea, în schimb mai multe G-uri, dar imprecise (adică o tensiune mai mare). Concomitent, Dim și Do erau mai multe, iar în conținut au fost găsite, în circa jumătate din cazuri, răspunsuri agresive și sadomasochiste. Se vede din nou cum agresiunea manifestă izvorăște din anxietate (Do).

Și NANCY BRATT-ØSTERGAARD[1], în studiul ei privind copiii psihosomatici (vezsi mai jos) a avut două grupuri de control, unul cu copii asociali-agresivi, altul cu inhibiții ale agresivității și comportament delincvent.

La ambele grupuri Dim și Do erau sporite, și au apărut recuzanți și interpretări Clob. Dar copii cu agresiune manifestă aveau la G-urile normale, răspunsuri cromatice din belșug și în orice caz mai multe răspunsuri K decât copiii psihosomatici, în timp ce copii cu inhibiția agresivității aveau mai puține G și puține răspunsuri cromatice (Tabelul VII, 13 din "Vademecum"-ul meu).

3. La copii și adolescenții mai ascunși, ipocriți, prevăzători-exploratori, și șireți, cu *contact de fațadă*, ZULLIGER (Bero-Test, p.68, 88, 129) găsește în mod regulat 3-4 Interpretări Clob particulare, alături de multe răspunsuri cromatice, fără șoc cromatic sau la negru exprimat (vezi "Vademecum"-ul meu, Tabelul VII, 11).

4. NANCY BRATT-ØSTERGAARD a cercetat *copii cu simptome psihosomatice* cu ajutorul testului Rorschach. Ea pornește de la afirmația că "o trăire afectivă deplină" depinde de trei condiții: 1. Afectul trebuie să aibă un conținut de reprezentare (de ex. trebuie să știm de ce și pe cine suntem furioși). 2. Afectul trebuie trăit adecvat (de ex. să trăim furia ca furie și nu, de pildă, ca depresie). 3. Afectul are are un corelat fiziologic (de ex. revărsarea de adrenalină la furie) (p.305 și 323). Pe baza acestor ipoteze BRATT-ØSTERGAARD consideră că G + FC + CF + C, reprezintă într-o măsură o trăire afectivă adecvată, în timp ce Dim +Do + refuz(recuzarea) +Clob, "semnifică afecte parțial inadecvate" (p.306).

Protocoalele Rorschach a 300 de copii de 7-15 ani au fost cercetate pe baza acestor grupe de factori. Era vorba de copii cu prurigo Besnier[2], sau astm, apoi de copii "normali" cu sau fără diverse simptome psihosomatice, un grup de copii cu enuresis, precum și de un grup de 50 de copii "manifest agresivi" și 25 de copii cu agresivitate inhibată, dar delincvenți (p306/307).

Ipoteza că toți copiii cu probleme psihosomatice le este comună "o trăire afectivă parțială și inadecvată" (p.312) a fost confirmată pe deplin. "Toți subiecții care au, sau au avut un simptom psihosomatic" au format *un grup* (p.319). Acești copii au avut în raport cu interpretările G + FC + CF + C multe interpretări Dim + Do + recuzări + Clob. " La copiii normali, fără simptome psihosomatice, acest raport este invers"(p.324). Copiii psihosomatici au, de asemenea, mult mai puține K decât agresivii și normalii. Copiii agresivi-asociali aveau ambele simptome formale în măsură mai accentuată, ei au, deci, o tensiune internă între afirmare de sine (asertivitate) și agresivitate pe de-o parte și anxietate și culpabilitate, pe de

1 NANCI BRATT-ØSTERGAARD, Gibt es characteristische Rorschach'sche Formelkonstellation bei der sogenanten psychosomatischen Kinder, Rorschachiana V, Bern 1956, p.305-324.

2 Boală dermatologică descrisă de Besnier, denumită azi dermatită atopică, codificată in Codificarea Internațională a Maladiilor (CIM 10) cu codul 691. n.t.

altă parte. Cei delincvențiali cu inhibiție a agresivității manifestă factorii negativi ai copiilor psihosomatici într-o măsură *încă și mai mare*.

La copiii psihosomatici s-au delimitat *două subcategorii*:

Adesea erau multe G-uri asociate cu un factor F+% slab (adică deschidere normală cu adaptare la realitate proastă), în timp ce numărul mic de G se asocia adesea cu un F+% bun (deci prevedere și inhibare a afirmării, asertivității, cu un bun control al realității)(p.319). BRATT-ØSTERGAARD trage următoarea concluzie: "Copilul psihosomatic, fie renunță la asertivitate, fie și-o menține cu prețul adecvării la realitate" (p.321). Copiii normali, au, dimpotrivă acces la ambele, ei pot să se afirme pe sine (G) cu o bună adecvare la realitate (F+%) (p.324). (Din păcate în această cercetare copii nu au fost grupați și pe vârste, ceea ce se știe că influențează modul de percepere).

BRATT-ØSTERGAARD sintetizează rezultatele sale în următoarele fraze(p.324): "Cercetarea pare să arate că copiii psihosomatici se deosebesc de cei non-psihosomatici prin aceea că afectele lor sunt mai puțin deplin trăite, experimentate și mai puțin prelucrate. Copiii agresivi își trăiesc afectele mult mai bine, dar se pot adecva mai prost la realitățile interne și externe" (vezi și "Vademecum"-ul meu, tabelul VII, 13).

5. Copiii cu reject timpuriu al relației cu mama, adică cei cu un "*complex d'abandon*" sever prezintă "*sindromul de părăsire*" pe care l-a descris EVA SUSSMANN[1]. Acești copii (vârsta 9-13 ani) a căror capacități de contact, de concentrare și de abstractizare sunt puternic perturbate și care manifestă adesea teendințe agresive puternice, dau uneori protocoale sărace cu un tip de rezonanță intimă complet coartat (0 : 0), cu G-uri puține, H-uri puține și F+% slab (vezi "Vademecum"-ul meu, tabelul X, 4).

II Adolescenții (tinerii) cu dificultăți de educație

1. *Generalități*.

Tinerii greu edcabili, adică tinerii inadaptați dau nu prea multe răspunsuri, (medie 15 în 20 de minute) cu un tip de percepere predominant G – D (socotind și aici brut raportul G – D de circa 1 : 1), așa cum a arătat studiul lui JOSEF BRUNNER[2] pe 100 de tineri cu dificultăți în educație masculi între 14 și 22 ani. G-urile au avut forme relativ proaste. Dim-urile și Do-urile nu s-au dovedit sporite în acest material. Numărul de K este mic, tipul de rezonanță intimă puternic predominant extratensiv.

Mai caracteristic decât factorii formali au fost fenomenele speciale. Recuzarea, șocul la roșu și șocul la negru au fost frecvente, dar și semnificativ mai multe fenomene de atracție la roșu, atracția culorii, confabulații, perseverații, răspunsuri disjunctive (sau...), și răspunsuri negative au apărut aici mult mai des decât la tinerii "normali".

În rest eterogenia etiologiei "tinerilor cu dificultăți de educație" face ca să nu avem mulți indicatori comuni.

---

1 EVA SUSSMANN, Die Verkummerung der Kinlichen Erlebnissfahigkeit als Folge fruher Versagungen, Rorschachiana IV, Bern, 1954, p.120-124

2 JOSEF BRUNNER, Schwereerziehbare manliche Jugendliche im Rorschach Formdeutversuch, Freiburg (Schweiz), 1954

2. *Instabilii.*

30 de adolescenții (între 12-17 ani) au fost cercetați de NANCY BRATT-ØSTERGAARD. Ea a găsit o ușoară tendință spre tipul coartat (la cei cu un bun contact cu mama, chiar mai puțin exprimat), în timp ce Dim-urile nu era sporite. Chiar numărul de răspunsuri Clob era variabil. Semnificativ a fost numărul mare de refuzuri. Se pot vedea aici variații mari față de tipul instabil la adulți.

3. *Tineri delincvenți.*

a) Clasicul sindrom al lui ZULLIGER pentru tinerii delincvenți instabili a fost deja discutat la capitolul "Psihopatii". (vezi și "Vademecum", tabel XI, 2, i)

b) Sindromul de asemenea amintit al copiilor delincvenți cu agresivitatea inhibată (până la 15 ani) ai lui NANCY BRATT-OSTERGAARD se deosebesc de delincvenții instabili ai lui ZULLIGER în esență prin G-urile lor și prin reducerea cromatică, ca și prin Do-uri. Dim-urile sporite le sunt comune.

4. *Interpretări de animale și reacții la disciplină*

RIETI[1] caută să conchidă privitor la reacția adolescenților la disciplina părinților prin tipul de interpretare animalieră. Animalele mici, non agresive ar semnifica o sumisie fără proteste la părinți, în timp ce animalele mici și agresive ar semnifica o revoltă ascunsă, dar care rămâne practic fără acțiune, deoarece tânărul a recunoscut autoritatea parentală psihic și spiritual. Animalele mari, neagresive ar semnifica faptul că tânărul își resimte părinții drept camarazi egali, iar animalele mari agresive ar apărea la tinerii care manifestă opoziție și critică față de părinți când este nemulțumit de ei.

Anexa II
Testul Rorschach la vârstă înaintată

"Celălalt capăt" al curbei dezvoltării umane, vârsta înaintată a fost puțin observată înainte vreme. Rorschach însuși dă doar un exemplu (p.136/137) al unei femei de 80 de ani "bine păstrată psihic" și caracterizează acest test cu cuvintele: "Coartarea tipului de rezonanță intimă. Forme imprecise. Puternică stereotipizare".El găsește de asemenea un A% ridicat, la un F+% scăzut, și un tip de rezonanță intimă complet coartat. Vom vedea că acestea corespund de fapt, așa cum au arătat cercetările ulterioare, senilității.

Interesul crescut către gerontologie a făcut ca și cercetarea Rorschach în acest domeniu să trezească o atenție sporită. Trăsătura esențială a îmbătrânirii psihice, coartarea crescândă la oamenii de peste 60 de ani a putut fi dovedită de către WALTER KLOPFER[2] și de PRADOS și FRIED[3]. Unele trăsături primitive ale vârstei copilăriei au apărut din nou

1 H. RIETI, Prelegere la "Society for Projective Techniques", New York,1945, citat după ZIGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957, p.342

2 WALTER KLOPFER, Personality patterns in old age, Rorschach Research Exchange, Vol.10, 1946, p.145-166

3 M. PRADOS & E. FRIED, Personality Structure of the Older Age Groups, Journal of Clinical Psychology, Vol 3, 1947, p.113-120

(PRADOS și FRIED), o observație pe care am putut să o vedem în mod deosebit pe interpretările inverse. Între bătrânii instituționalizați în aziluri și cei care nu locuiesc în ele KLOPFER găsește doar puține deosebiri. ANIELA JAFFE [1] a găsit de asemenea tendința de coartare cu un tip mediu de rezonanță intimă coartativ, cu ușoară introversiune, în special la bărbați. Au fost multe G-uri și dacă numărul de răspunsuri a fost mic, Tipul de percepere a fost în general

G – D. A% este la limita superioară a normalului (în jur de 50). Dacă s-au adunat A cu Anat s-a ajuns la un procent de stereotipie de 60-70.

Un tablou asmănător a dat și cel mai cuprinzător studiu de până acum în domeniu datorat lui AMES, LEARNED, METREAX și WALKER[2] pe 200 de bătrâni (101 de 70-80 de ani, 86 de 80-90 de ani și 13 de peste 90 de ani). 66 dintre ei trăiau acasă, și 133 în instituții. Materialul a fost împărțit întrei grupe de rezultate indiependent de vârsta: 41 "normali", 140 "presenili" și 19 "senili". Senilii nu au fost neapărat demenți senili. Din date este de presupus că au existat însă și demenți senili printre aceștia. Rezultatele la test al acestor trei grupe au fost în esență următoarele:

Bătrânii "normali" (între 70-100 de ani) au un număr de răspunsuri normal (medie 26), un tip de percepere normal, cu o subliniere a G-ului, un F+% normal (medie 93), K-ul normal (medie3,3), Valori cromatice moderate predominant labile, un tip de rezonanță intimă ușor introversiv (medie 3,3:2,1), Un A% mediu de 46, un (H+Hd)% de 24 și nici o stereotipie remarcabilă.

Presenilii dau în medie 16 răspunsuri, au un tip de percepere G – D (mai mulți G și mai puțini Dd decât normalii), un F+% normal (medie 81), un tip de rezonanță coartativ (în medie 1,6 : 0,7), deci mai puține K și mai puțină culoare, dar cu valori cromatice labile preponderente, un A% ușor crescut (medie 55) și mai puținne H și Hd (17%). Ei au în general o conștiință interpretativă redusă, dau amintiri personale, persevereează adesea și dau uneori recuzări. Autocritica (critica subiectului) este frecventă. Uneori dau răspunsuri F – la părți ale planșelor care sunt în general semnificate ca Ban. Apare uneori sublinierea centrului planșei și Anat.

Senilii stereotipizează de obicei prin răspunsuri A sau Anat (stereotipiile animaliere sunt predominante la bărbați, cele anatomice sunt predominante la femei). La stereoptipiile animaliere numărul de răspunsuri este în medie de 8,7 iar F+% în medie 71. La stereotipiile anatomice numărul de răspunsuri este în medie de 17,8, iar F+% este 32. Tipul de percepere este în ambele cazuri G – D, la stereotipiile anatomice numărul de G-uri e ceva mai redus. Cei care se păstrează somatic și psihic relativ mai bine dau preponderent A, cei mediu conservați dau A și Anat, cei mai slab conservați dau, aproape exclusiv răspunsuri anatomice. Senilii au puține K-uri (medie 0,2) și puține răspunsuri cromatice (medie 0 FC, 0,2 CF, și 0,1 C). Tipul de rezonanță intimă este coartat. Senilii manifestă perseverații (chiar și "magic

---

1 ANIELA JAFFE, Untersuchungen in Altersheim uber die Psychologie des alten Menschen. Gesprache und Rorschach-Test, in VETTIGER, JAFFE, VOGT, Alte menschen im Altersheim, Basel, 1951

2 LOUISE BATES AMES, JEANET LEARNED, RUTH W. METREAUX, RICHARD N. WALKER, Rorschach responses in old age, New York, 1954

repetitions" ale copiilor mici apar), adesea recuzări, o conștiință interpretativă absentă și rememorări personale; și ei dau răspunsuri F - la Ban, exprimă autocritică, (chiar dacă mai puțin decât presenilii) și sunt nesiguri. Apar chiar și autoreferiri veritabile (egocentricitate puternică).

Pentru toate trei grupele e valail: Odată cu decăderea din *statutul social-economic* scad: Numărul de răspunsuri, G-urile, F+%, K-urile și culoriole.

La o comparație între bătrânii *instituționalizați* și ceilalți bătrâni, ultimii au un F+% mai mare, mai multe K-uri, mai multe FC-uri și Ban, instituționalizații au Anat% mai mare.

Femeile au, în comparație cu bărbații, un număr mai mare de răspunsuri, mai multe Dd, mai multe K, mai multe CF și mai multe răspunsuri cromatice (de toate tipurile împreună) și un Anat% mai mare. *Bărbații* dau mai multe G, un F+% mai mare, mai mult H și Hd, și mai mulți Ban.

Autorii au impresia că deosebirile psihice dintre sexe se accentuează cu vârsta, în timp ce diferențele caracteriale individuale se șterg concomitent.

În general procesul îmbătrânirii arată ca o dezvoltare inversă procesului de maturizare a copilului: Numărul de răspunsuri scade, conținutul devine unilateral, apar perseverațiile (pănă la ocazionale "magic repetition"), F+% scade, G-urile scad, K-urile scad, ca și răspunsurile cromatice, care devin mai labile, A% crește, toate trăsăturile unei dezvoltări care merge în direcție inversă decât în copilărie. Chiar și interpretările inverse și lucrurile "sparte, rupte" în conținut reapar acum, ca și la copii. Bineînțeles la bâtrânii "normali" procesul de maturizare general uman funcționează și peste 70 de ani, dar numai la cei "normali"'

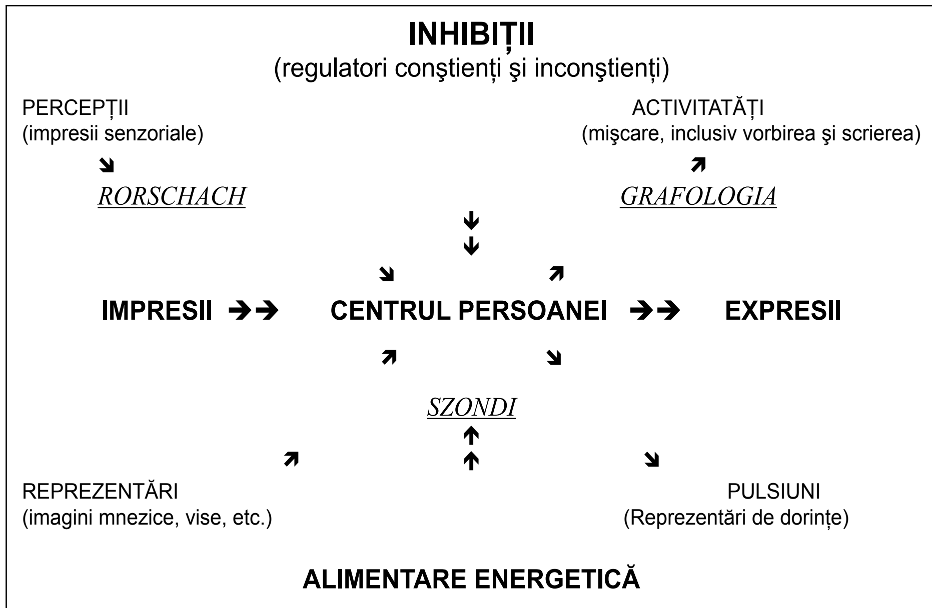
După ce cei patru autori au constatat aceste lucruri, ei sintetizează astfel: "Așa cum individul progresează spre presenilitate și eventual spre senilitate, *direcția dezvoltării pare să se întoarcă* și cum subiectul se deteriorează începe să semene progresiv cu o persoană din ce în ce mai tânără." Adică *Involuția corespunde evoluției.*

IV. PARTEA FINALĂ

Capitolul 16
Fundamentele teoretice ale testului Rorschach

I. Generalități

Ne întrebăm mai întâi: Cum este posibil ca un test să poată reflecta structura întregii personalități, sau cel puțin părți esențiale ale ei? Pentru a înțelege asta trebuie să ne reprezentăm faptul că testul Rorschach aparține *metodelor așa numite proiective*[1], în care subiectul proiectează în materialul de test propriile atitudini, tendințe, aspirații și expectații, cam așa cum se întâmplă și în Thematic Apperception Test (TAT) a lui MURRAY. LAWRENCE K. FRANK, autorul expresiei de test proiectiv îl definește astfel: "În esență o tehnică proiectivă ete o metodă de studiu a personalității prin confruntarea subiectului cu o situație la care el va răspunde în acord cu ceea ce situația înseamnă pentru el și cum simte când răspunde"[2]. Metodelor proiective li se contrapun *metodele expresive* (fizionomie, mimică, grafologie).



1 Este util să facem distincția între proiecția afectivă și cea structurală, așa cum a făcut-o MEILI (Lehrbuch der psychologischen Diagnostik, Bern, 1961, p.23). El înțelege prin proiecție afectivă conceptul mai îngust al psihanalizei, adică proiecția conținuturilor afective pe o altă persoană, iar prin proiecție structurală conceptul mai larg al metodelor proiective, adică oglindirea constructului structural al persoanei prin procedee de test specifice.

2 LAWRWNCE K. FRANCK, Projective methods, Sprinfield, Illinois, 1948, p.46

Grafologia și Rorschach merg deci pe căi opuse. Pentru a limpezi aceste raporturi fundamentale am utilizat o reprezentare grafică. Am ales pentru aceasta o schemă de gândire fundamentată biologic care este apropiată de modul de gândire al psihologiei reflexologice, schemă pe care a utilizat-o și MAGNUS HIRSCFELD la vremea respectivă pentru a-şi ilustra teoria "căilor sexualității"[1]. Schema poate fi însă transferată asupra personalității în ansamblu, deoarece ea este doar o viziune artificială, abstractă.

Centrul personalității cu substratul său material, creerul este încărcat (alimentat) prin produsele glandelor endocrine și reglat pe căi psihice prin intermediul Eu-lui, respectiv a Supraeului pentru starea prezentă. Aceste aptitudini de percepție si capacități de acțiune ale centrului persoanei sunt și rezultatul elementelor genetice și ale influențelor fizice și psihice ale ambientului (hrană, climat, boli, etc. + educație, mediu social etc.). Asupra acestui centru (instabil) acționează pe calea "impresiilor" percepțiile și reprezentările și procură astfel o stare de stimulare, care - în funcție de starea de moment a centrului, care conține toate trăirile anterioare – au ca rezultat tendințe și acțiuni.

În acestă schemă (care are toate defectele unei scheme, prin simplificarea grobiană a unor interdependențe complicate), grafologia e situată la capătul căilor de acțiune, este, ca să spunem așa, stația terminus a căilor de acțiune (mișcarea expresivă este pusă pe hârtie). RORSCHACH se situează dimpotrivă, pe calea impresiilor, își construiește diagnosticul pe alegerea determinată central a impresiilor, anume pe prelucrarea activă a impresiilor prin motivații și valorizări, el se situează la stația terminus a căii impresiilor. (Testul Szondi este în această schemă, prin reacțiile sale de alegere, mai apropiat de grafologie decât de testul Rorschach, fiindcă el se situează la terminalul căilor pulsiunilor, adică oricum de partea expresiilor).

Diagnosticul Rorschach se bazează pe alegerea determinată central al impresiilor și prelucrarea lor. E o concepție naivă, mecanicistă, demult abandonată că toate impresiile exteriorului sunt preluate fără excepție în mod egal. "Locul central" exercită întotdeauna o "cenzură" asupra impresiilor ce ne sunt accesibile; noi percepem doar ceea ce se potrivește cu așteptările noastre, cu ceea ce știm. Tocmai de aici se naște posibilitatea unui diagnostic al percepției, atunci când putem, faptic, să conchidem asupra stării instanței centrale, a personalității din alegerea și modul de prelucrare a impresiei (în percepție există deja un proces complicat de prelucrare). Din aceste motive este de înțeles de ce testul Rorschach este un instrument atât de sensibil în diagnosticul tulburărilor organice. In ce măsură suntem în stare ca în doar din structura interioară al unui protocol Rorschach să decelăm factorii de încărcatură acțională de cei inhibitori, regulatori, ai personalității este o problemă de tehnică. Într-adevăr, așa cum am văzut, aceasta se întâmplă în mare măsură.

Premizele unui astfel de diagnostic al percepției presupun că "sinergia normală a funcțiilor senzoriale" (KLAESI), jocul reciproc armonic al simțurilor particulare nu este tulburat. Astfel de exemplu discromatopsia[2] poate modifica rezultatele testului. (Bineînțeles

1 Schema se găsește (cu modificări nesemnificative) intre ilustrațiile "Teoriei sexualității" a lui MAGHUS HIRSCHFELD, drept tabelul LXIV.

2 Discromatopsia = anomalie a vederii, constând în nediferențierea culorilor, cauzata de absenta sau o dereglare funcțională a celulelor responsabile de percepția cromatică. Anumite discromatopsii sunt de origine genetică cunoscută (Daltonismul spre ex). n.t.

că influența unor astfel de influențe este supraevaluată). Apoi poate apărea o îngustare a câmpului percepției din cauze organice, care influențează procesul experimentului într-o anume direcție. Chiar și tulburările altor simțuri, de exemplu tulburări ale auzului, unde percepția expresiei faciale devine suprasolicitată, sunt de luat în seamă. Asupra acestor premize importante a atras atenția de mai multe ori ROLAND KUHN[1].

Aceste observații preliminare, care sunt concepute doar pentru orientare pot fi eventual un răspuns la întrebarea: "Unde se plasează testul Rorschach?", dar ele nu sunt, nici pe departe o teorie a testului. Ar fi însă o greșală să credem că nu ar exista nici un fel de fundamente teoretice ale testului Rorschach.

Încă în 1953 profesorul finlandez KARL BRUHN a scris, pe bună dreptate că motivarea pur teoretică a testului Rorschach a fost în general "superficială".

Poziția s-a modificat însă esențial. Rorschach și-a numit experimentul pe drept "un experiment perceptiv", iar psihologia percepției ne-a dat în ultimii ani o fundamentare teoretică solidă pentru testul Rorschach, care a fost mai întâi fructificată de psihologia gestaltistă, de cea abisală și de psihologia socială.

Deja WILHELM WUNDT afirma, din punctul său de vedere voluntarist, că percepția (în sensul teoriei lui LEIBNIZ despre apercepție) este un proces activ ghidat de Eu[2]. El a recunoscut chiar semnificația unuia dintre cele mai importante premize ale testelor proiective, imprecizia/neclaritatea materialului de elaborat. El a numit asimilare o anumită formă de asociație care influențează percepția, concept care a fost preluat și prelucrat mai târziu de către PIAGET. WUNDT a constatat că componentele reproductive (adică cele ce provin din reprezentări cu origini mai vechi) participă mai mult la acțiunea noastră perceptivă atunci "când acțiunea asimilatorie a stimulării directe este inhibată de către acțiunile externe sau intrerne, precum neclaritatea impresiei, ori excitația simțurilor sau afectelor".[3]

Dorim în cele ce urmează să ne apropiem mai mult de o fundamentare teoretică a testului Rorschach

II. Fundamentarea teoretică a conceptului de proiecție

Aici intră în primul rând strădaniile de-a delimita mai exact conceptul de proiecție (în sensul "proiecției structurale " a lui MEILI, adică proiecție în sens extins). Este important aici (împreună cu BOESCH[4] și MOSER[5]) să pornim cu anumite procese de gândire din teoria percepției a lui PIAGET. PIAGET concepe percepția ca pe un proces de adaptare între subiect și obiect, în care subiectul pe cursul evoluției sale dezvoltă mereu noi adaptări. PIAGET distinge între *acomodare*, adică reconfigurarea schemei de conduită a subiectului, în așa fel încât aceasta să se adecveze proprietăților obiectului, de *asimilare*, care constă într-

1 ROLAND KUHN, Die Maskendeutungen im Rorschach'schen Versuch, Basel, 1946,p.126 și Uber einen fall von nykturie, Monatschrift f. Psychiatrie und Neurologie, vol. 107,1943,p. 187/188
2 Vezi WILHELM HEHLMANN, Geshichte der Psychologie, Stuttgart 1963
3 WILHELM WUNDT, Grundriss der Psychologie, Leipzig 1914
4 ERNST E. BOESCH, Projection und Symbol, Psychologische Rundschau,IX,2, 1960, p.73-91
5 ULRICH MOSER, Grundlagen Projectiver Testverfahren, prelegere 1965

o încorporare a obiectului în schema prezentă de conduită[1]. Când posibilitățile de adaptare descrise corespund mai mult nevoilor actuale ale subiectului decât caracteristicilor faptice ale obiectului, atunci BOESCH vorbește de "transformări asimilatorii egocentrice". (Faptul că nu există percepții complet "obiective", se datorează faptului că în orice proces perceptiv există o astfel de transformare, din mai multe direcții, care în procesul proiectiv sunt de un grad mai mare).

Condițiile favorizante ale proiecției sunt (după BOESCH, op.cit. p.84-85):

1. O scădere a potențialului energetic, care îngreunează o conduită structurată și lasă subiectului posibilitatea să utilizeze scheme preconstruite (pre-imaginate) de asimilare. 2. Transformări ca urmare a participării active a subiectului. 3. Posturi rigide de expectație, automatisme puternice (provenite din "schemele de percepție prospectivă"). 4. O presiune sporită a nevoilor, care permite declanșarea mecanismelor de defensă sau a fantasmelor eliberatorii și care pot influența chiar nivelul nevoilor. Putem spune aici alături de ULRICH MOSER: Cu cât mai mare e presiunea nevoilor, cu atât mai mică diferențierea mijloacelor de adaptare și cu cât mai complexă e situația, cu atât mai proiecția e mai probabilă.

Pe baza acestor considerente BOESCH (op. cit, p.87) ajunge la următoarea formulare simplificată: "Proiecția este, deci, încercarea unei activități de adaptare în condiția unei presiuni de adaptare ridicate (adaptarea la nevoie) și o capacitate de adaptare scăzută"

Unele aspecte care ajută la înțelegerea mai profundă a procesului proiecției provin din psihologia comportamentală. In psihologia animală N.E. MILLER a putut dovedi că reacția de apropiere (spre stimuli instinctuali) are o tendință de generalizare mai mare decât reacția de evitare a pericolului. MILLER vede în asta o analogie cu procesul de deplasare din psihanaliză. Când șobolanii frustrați de hrană, deplasează comportamentul de satisfacere a foamei din situația A în situația B ca urmare a generalizării mai puternice a reacției de apropiere față de cea de evitare, aceștia se comportă precum oamenii frustrați. "Un exemplu mult mai familiar este acela al omului, care frustrat sever la serviciu de către rivali profesionali și incapabil să răspundă direct, poate veni acasă si să facă șicane membrilor familiei" [2]. Această teorie a deplasării a fost probată în experimentul de joacă cu păpuși la copii de către WHITING și SEARS[3], iar de atunci acest proces de deplasare a devenit obiect al psihologiei experimentale. Analogia ne face să putem considera proiecția din test, din punct de vedere al behaviorismului, ca o astfel de deplasare în sensul lui MILLER. Stimulul nestructurat al testului proiectiv este "polisemantic" și provoacă la subiect mai multe tendințe de reacție concurente. Dar dacă un conflict al diferiților factori pulsionali este deplasat asupra testului decizia asupra cărei tendințe de reacție se va impune nu mai poate fi explicată prin procesul de deplasare ca atare, ci va trebui să considerăm un factor motivator suplimentar[4]. Pare astfel că acest mod de-a gândi nu mai poate fi urmat. Vom vedea mai departe că provocările determinante de-a da o fundamentare teoreticâ a testului de personalitate provin din altă parte.

1 JEAN PIAGET, La psychologie de l'inteligence, Arman Collin, Paris, 1947, ca și: JEAN PIAGET, Les mecanismes perceptives, Presse Universitaire de France, 1961

2 N.E.MILLER et all, Displacement, J. Exp. Psychol, 1952, 43, p.217-231

3 FRED W. SCHMID, Experimentelle Tiefenpsychologie in USA, Prelegere, manuscris, Zurich,1959

4 FRED W. SCHMID, comunicare prin corespondență

III. Cercetarea formă – culoare și psiholgia culorii.

Faptul că în testul Rorschach forma și culoarea, joacă, într-un anumit sens, un rol antagonist face să ne așteptăm ca cercetările privind forma și culoarea să contribuie la fundamentarea sa teoretică. De când, în 1904, KÜLPE[1] a lansat conceptele de "observator de formă" (Formbeachter) și "observator de culoare" (Farbbeachter), cercetarea raportului formă culoare a jucat în anii 30 un rol important în psihologia experimentală, în psihologia animală, în psihologia dezvoltării, în psihologia tipologică și în teoria eredității. Chiar dacă rezultate din cercetarea din psihologia tipologică, ca și din cea a dezvoltării au fost preluate parțial, indirect, de către cercetarea Rorschach, ele au influențat prea puțin fundamentarea teoretică a testului Rorschach și de aceea nu mai este cazul să le tratăm azi aici așa cum am făcut-o în alte ediții mai vechi. Cine este interesat în mod deosebit poate apela la culegerea lui LINDBERG[2].

Mai importante ni se par contribuțiile psihologiei culorii ca atare pentru înțelegerea testului Rorschach. Deja în 1911 KATZ[3] distinge între *"culorile de suprafață"* și *"culorile plate"*, concepte care au jucat un rol important și în psihologia gestaltistă ca și în cercetarea raportului formă – fundal. KUHN remarcă pe drept că răspunsurile formă-culoare în Rorschach corespund culorii de suprafață, în timp ce răspunsurile cromatice pure corespund culorilor plate, iar răspunsurile culoare formă sunt la mijloc între cele două[4]. Ca și culorile de suprafață FC-urile au o legătură cu lumea obiectuală, cu perceperea realității, în timp ce pentru C-urile pure e valabil contrariul: Ele plutesc oarecum în aer, fără legătură cu ambientul și sunt la fel de rupte de lumea obiectelor ca și culorile plate (vezi si nota de la subsol de la prima pagină a cap.9). De asemenea WEBER găsește că la răspunsurile cromatice labile (CF) ale copiilor mici este vorba preponderent de culori plate[5]. De lucrarea fundamentală a lui GOLDSTEIN și ROSENTHAL privitor la efectul culorilor asupra organismului, care adeschis o nouă perspectivă în cercetarea personalității ne vom ocupa mai îndeaproape când vom trata tipul de rezonanță intimă. Și în sfârșit e cazul să amintim aici de o anumită ramură a psihologiei afectivității care a găsit în nenumărate cercetări legătura dintre lumea culorilor și afectivitate[6].

---

1 OSWALD KULPE, Versuche uber Abstraction, Bericht uber den 1. Kongress fur Experimentelle Psychologie, Leipzig, 1904, p.56

2 BENGT J. LINDBERG, Experimental Studies of Color and Non_Color Attitude in School Children and Adults, Copenhagen, 1938

3 DAVID KATZ, Der Aufbau der Farbwelt, Leipzig, 1930

4 ROLAND KUHN, Uber Rorschach,s Psychologie und die psychologischen Grundlagen des Formdeutversuchs, in "Psychiatrie und Rorschac'scher Formdeutvesuch", p. 41/42

5 A. WEBER, Der Rorschach'sche Formdeutversuch beim Kinder, in "Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch" p. 52

6 Vezi și K.W. BASCH, Ganzeigenschaften als Determinantentrager im Rorschach Versuch, Schweiz.Ztschr. f. Psycol, 1957,XVI, p.121 si urm.

O semnificație mai mare pentru fundamentarea teoretică a testului Rorschach o are psihologia gestaltistă (configuraționistă).

BINSWANGER, precum și BINDER și KUHN au remarcat multiplele legături dintre testul Rorschach și psihologia gestaltistă și a problematicii ei. KUHN a mai atenționat în plus, asupra faptului că "protocolul Rorschach poate fi văzut ca o unică configurație (Gestalt) supraordonată"[1]. (Noi am amintit de aceasta la prelucrarea evaliuării testului.) BROSIN și FROMM au dedicat un studiu special[2] diferitelor legături dintre Rorschach și psihologia gestaltistă, ce poate fi socotit printre cele mai bune lucrări privitoare la test.

Ca o reacție împotriva mai vechii psihologii așa numite "atomistică", psihologia gestaltistă pornește de la impresia globală și caută să înțeleagă din aceasta trăirea particulară și nu invers (*primatul globalității*). Ca urmare a structurii sale organizate întregul este, ca trăire psihică, mai mult decât simpla sumă a părților sale și fiecare încercare de înțelegere a părților individuale este judecată ca "bucată ale unei sume de și-uri" (WERTHEIMER).

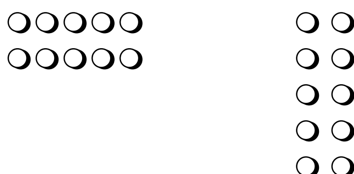
Acest lucru l-a recunoscut în principiu psihologul CHRISTIAN VON EHRENFELS, creatorul de fapt al conceptului de "Gestalt". El a numit caracteristicile greu de definit ale lucrurilor particulare, care constau în însăși ordonarea părților sale, sau în forma și configurația acestora, drept *calități ale gestaltului* (Gestaltqualitäten) (primul criteriu al lui Ehrenfels). V. EHRENFELS definește aceste calități ale gestaltului drept "Reprezentări pozitive, actuale, legate de prezența în conștiință a unor complexe de reprezentare, care în sine sunt constituite din elemente separabile unul de altul (adică fără reprezentare comună)"[3]. Calitățile gestaltului pot fi de ordin spațial sau temporal. Mai apoi VON EHRENFELS a descoperit că gestalturile se lasă "transportate", "transferate" (criteriul 2 al lui Ehrenfels). O melodie rămâne aceeași dacă e transpusă în altă gamă, iar un model rămâne același daca raporturile tonale se mențin, chiar dacă culorile sau nuanțele cromatice si valorile de luminozitate se modifică. (Acest lucru e valabil și la animale). Se poate transpune din acustic în optic și viceversa. Există o ritmică a spațiului la fel de bună ca și una a timpului. Faptul că sunt percepute calitățile gestaltului ca atare și nu valorile obiective ale culorii, luminozității și sturației anumitor părți, ține de noi, poate fi explicat deci, doar prin legile psihologiei acționând în oameni.

Există la oameni o *tendință* generală de-a vedea "*lucruri*" și pe aceasta se bazează cunoscutele legi psihologice ale constanței (constanța mărimii, a luminozității, a culorii). Dar de ce vedem lucrurile *așa* și nu altfel? WERTHEIMER[4]a cercetat primul legile grupării spontane a lucrurilor în câmpul vizual și el a descoperit astfel cea mai mare parte a *legilor*

1 ROLAND KUHN, op cit. p.41
2 HENRY BROSIN and E. FROMM, Some principles of Gestalt Psychology in the Rorschach Experiment, Rorschach Research Exchange, Volume IV, Nr. 1, 1942
3 CHRISTIAN VON EHRENFELS, Uber Gestaltqualitaten,Vierteljahresschrift f. Wissensch. Philosophie, 1890
4 MAX WERTHEIMER, Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. Psychologische Forschung, Bd.4,1923, p.301-350

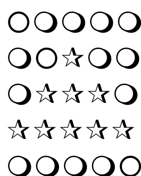
(sau factorilor) gestaltului, despre care există azi o întreagă literatură. Deoarece aceste legi le întâlnim la tot pasul în problema modului de percepere în testul Rorschach vom prezenta pe scurt pe cele mai importante.

a) Legea proximităţii (Factorul de proximitate). "Sinteza perceptivă, merge – ceteris paribus[1] – în sensul celei mai mici distanţe" (WERTHEIMER, p.308). Pe această lege se bazează faptul că configuraţiile stelelor, la toate popoarele şi în toate timpurile au fost văzute si redate la fel.



Elementele mai apropiate sunt percepute ca obiect coerent.
În stânga apar două *rânduri* în dreapta avem două *coloane*.

b) Legea similarităţiii (Factorul de similaritate). "Dacă acţionează împreună mai mulţi stimuli atunci se constituie – ceteris paribus- tendinţa spre o formă în care cei similari (identici) sunt percepuţi împreună" (WERTHEIMER p.309). "Nu doar identitatea sau non-identitatea ci chiar o mai mică sau mai mare similaritate acţionează în anumite zone în acelaşi sens". La concurenţă cu factorul de proximitate învinge factorul similarităţii (ibidem, p.313). "Similaritatea" se ghidează după deosebirea cea mai puternică (Legea reprimării diferenţelor mici prin cele mai mari)[2].



În exemplul de mai sus se percepe un triunghi de steluţe într-un pătrat de cercuri. Diferenţa dintre cercurile umbrite si cele neumbrite (din coloanele 1,2 şi 5 formând o diagonală a patratului trece neobservată dacă nu e vorba de "narcisismul micilor diferenţe".

Acest principiu este de mare importanţă practică. Pe el se sprijină de ex. "orbirea" produsă prin stergerea diferenţelor mici la diferenţa mare de luminozitate intre lumina lanternei si ambientul întunecat. Această lege acţionează şi în psihologia socială, unde a fost descrisă de FREUD (asocierea oamenilor de convingeri politice diferite privitor la duşmanii comuni); Contrariul ar fi "Narcisismul micilor diferenţe"

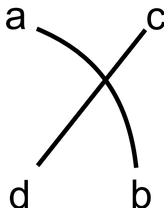
---

1 Expresie latină, utilizată în ştiinţă în sensul că dacă celelalte variabile care influenţează procesul sunt eliminate, sau constante rezultă că: n.t.

2 WOLFGANG METZGER, Gesetze des Sehens, Frankfurt a. M. 1936, p29

Un caz special al factorului similarității este factorul destinului comun. La deplasarea obiectelor în mișcare e vlabilă următoarea regulă: părțile componente care au aceeași traiectorie sunt percepute ca împreună (în sens contrar cu legea proximității)(WERTH EIMER, p.316). Aceasta joacă un rol minor în raport cu statica testului Rorschach. În schimb acționează mai mult *factorul instalării (posturii) obiective*: dacă părțile componente variază sistematic pe nivele (intensități, culori, forme, etc), se constituie astfel diverse "nivele de pregnanță", procesul perceperii manifestă "fisuri", "clivaje". Dacă însă apar astfel de modificări ca parte a unei succesiuni "aceasta va detemina o regulă: o constelație care are ca rezultat într-o succesiune o formă determinată, va avea precis ca rezultat, într-o altă succesiune, o altă formă"(WERTHEIMER, p.319). Probabil că succesiunea așa zis "normală" în Rorschach este o funcție a acestui factor de instalare, iar diferitele variații de la aceasta provin dintr-o mai mică sau mai mare hipersensibilitate față de alți factori (afectivi) ai experimentului. Din aceasta rezultă însă și inadmisibilitatea desemnării drept "trial blots" a testului.

c)Legea (factorul) bunei continuări (curbe). (a continuității, a procesului continuu, a netezimii, etc.). Se referă la buna continuare, la echilibrul curbei la coeziunea interioară, la tendința d-a rezulta o configurație bună, care își manifestă nevoile sale interne precise. Cu această "denumire foarte provizorie" cum spune el însuși, a formulat WERTHEIMER pentru prima dată legea (p.324), lege care mai târziu a fost numită *legea bunei configurații* (Gesetz der guten Gestalt), sau uneori *legea maximei ordini*, sau *legea omogenității (uniformității) constructului*.

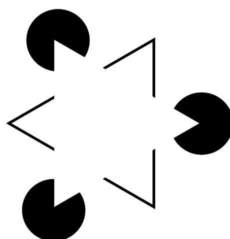


În exemplul nostru se percep două linii intersectate AB și CD și nu două figuri ascuțite unite în vârf (AC și BD).

d)Legea (factorul) închiderii (a commpletării sau completitudinii). O anumită pregnanță a "caracteristicilor de întreg" joacă un rol deosebit: Caracteristici precum 'închiderea', 'simetria', 'echilibrul interior' (WERTHEIMER, p.325), fac ca acest factor să fie ușor de izolat de factorul bunei curbe.

Aici e cuprinsă și *legea simetriei* care este legată de *regula mediei comune* (a mijlocului) (provenită probabil din domeniul simțului tactil). La copii mici chiar și obiectele văzute sunt prelucrate perceptiv pornind mai degrabă de la centrul comun decât în conformitate cu legea bunei continuități.[1]

1 WOLFGANG METZGER, Op.cit. p. 41



Aceasta explică probabil, apariția mai multor interpretări de formă stelară, și de imagini radial-simetrice la copii în Rorschach.

Această lege e valabilă nu numai pentru curbe ci și pentru *suprafețe*, ceea ce este foarte important pentru expertul Rorschach. La părți ale petelor de colorație diferită apare "tendința" ca o pată întreagă să fie percepută într-o colorație unificatoare (omogenă, central-simetrică, etc.). ("Legea similarității devine astfel un caz pecial al legii formei bune"- WERTHEMER, p.327).

e) *Factorul obișnuinței (experienței).* La aproximativ aceleași șanse pentru două perceperi e valabilă regula: "Care anume percepție rezultă depinde, în principiu doar de obișnuință (obiectul convenabil, comod) sau de dresaj (WERTHEIMER, p.331). Dar, cum însuși WERTHEIMER a demonstrat prin câteva exemple foarte frumoase, acest factor nu este foerte pregnant. El nu se afirmă foarte tare în concurența cu ceilalți factori. KÖHLER spune chiar "Habitusul a fost supraestimat enorm în tratarea teoretică a vieții[1].

f) Legea (factorul) pregnanței (a formei bune) ar trebui să încheie această prezentare sumară. Se constituie o tendință ca formele care variază într-un anumit grad de la o formă "pregnantă" să fie percepute în această formă pregnantă. De exemplu, un cerc nu tocmai rotund funcționează ca un cerc. KOFFKA a formulat această lege astfel: "Organizarea psihologică este întotdeauna atât de bună pe cât condițiile înconjurătoare o permit". KATZ a dat legii o altă formulare: "Organismul are tendința spre moduri de conduită excelente foarte exacte, fie că este vorba de percepții, mișcări, ori posturi"[2]



În exemplul de mai sus este percepută o față umană si nu un aranjament de motive geometrice.

Așa cum am văzut mai înainte zonele omogene ale petelor (și uneori împreună cu alte zone, doar asemănătoare) se constituie în câmpuri întregi. E la fel și la cele "”sub-întregi" care dau în mod legic, ca rezultat pete întregi (WERTHEIMER, p.348) și asta înseamnă apoi că: "Cel mai pregnant caz de rezultare a unei imagini într-un câmp omogen este atunci când în câmpul omogen o pată (o suprafață închisă de formă simplă) e colorată omogen

1 WOLFGANG KÖHLER, Gestalt psychology, New York, 1945, p.338
2

diferit (semnificativ diferit, favorizant, invaziv)". Dacă această parte a suprafeței este detașată de câmpul global asfel se constituie relația dintre figură și fond (fundal).

f)Legea figură-fundal (fond) Acesta este doar un domeniu parțial care a fost considerat de aproape toți psihologii europeni și americani ca aparținând psihologiei gestaltului. EDGAR RUBIN, care a tratat subiectul într-o lucrare fundamentală, "Visuell wahrgenommene Figuren" (Kopenhagen, 1921) nu s-a revendicat pe sine la scoala gestaltistă. Dar fiindcă cele mai importante rezultate ale acestei lucrări sunt indispensabile pentru înțelegerea unei serii de probleme ale testului Rorschach le vom reda într-o formulă laconică. (Aici e vorba de forme de suprafață și nu de contururi).

Figura este trăită diferit decât fundalul din mai multe puncte de vedere și anume:

1. Suprafața figurii apare ca puternic formată și acționează real, fundalul nu are formă și are mai puțină realitate.

2. Figura e trăită ca obiect, fundalul ca materie.

3.Figura are culori de suprafață, fundalul are culori plate (în sensul lui KATZ). Adaptarea la raporturile de iluminare (normlă la culorile de suprafață) este mai puternică la figură.

4. Figura are tendința de-a părea să fie localizată înaintea fundalului. RUBIN numește asta ca "deosebire subiectivă de localizare".

5. Fundalul apare în spatele figurii.

6. Deosebirea dintre două obiecte percepute ca figură este mai mare decât deosebirea experimentată între două fundaluri.

7. "Figura este în raport cu fundalul mai pătrunzătoare și mai dominantă. Tot ceea ce ține de figură este memorat mai bine și figura actualizează mult mai mult trăiri experiențiale decât fundalul".

Unele condiții ale raportului fond – figură au fost constatate printre care cele ca un câmp să poată fi predominant perceput ca figură, amintim două:

1. Câmpuri mici delimitate vor fi percepute ca figură cu mai mare probabilitate.

2. Dintre două câmpuri care stau vertical unul peste altul cel mai probabil va fi experimentat ca figură câmpul inferior. Aceasta provine probabil de la relațiile obișnuite de-a fi atenți la lucrurile care stau pe pământ și abia apoi la acelea ce sunt sus.

Diferența de localizare subiectivă a fost discutată anterior la expunerea contopirii figură – fond.

Este evident că punctele de vedere ale psihologiei gestaltiste au și cele ale raporturilor figură-fundal joacă un rol important încă de la *desemnarea* răspunsurilor unui protocol Rorschach. Răspunsurile G, D și Ban sunt pe deplin înțelese dacă le tratăm ca gestalturi "întregi", "sub-întregi", sau "forme bune". Ipotetic aici se intersectează diferiți factori. Psihologia gestaltistă ne mai învață că forma depinde de modul de percepere, care este primar. Ceea ce nu este perceput nu are "formă". Este fie fundal, sau aparține unei alte structuri de forme[1].

1 Cititorul poate găsi amănunte privitor la chestiunea perceperii formei în WOLFGANG KÖHLER, Gestaltpsychology, p.196/197,201,203 și 212

Fiecare asociație, deci fiecare semnificare de pată constă după gestaltiști într-o "organizare" activă (KÖHLER, Op. cit, p. 290 și 313). În final aș dori să amintesc că în conformitate cu psihologia gestaltistă, trăirile kinestezice precedente nu pot explica perceperea gestaltului ca atare (KÖHLER, p. 167), de unde apare poziția separată, specială a interpretărilor K în raport cu corespondentele lor F. K-urile trebuie că dețin un plus peste simpla percepere a formei, un plus care poate fi înțeles doar din perspectiva psihologiei abisale (o cale pe care a propus-o însuți Rorschach, apoi FURRER și după el mulți alții).

Faptul că *izomorfismul psihofizic* propus de KÖHLER, cât și *teoria câmpulu*i a lui KURT LEWIN, ca și psihologia topologică au lansat unele provocări cercetării Rorschach a fost remarcat doar marginal. Aceste teorii sunt azi foarte cunoscute și recunoscute.

O nouă contribuție la concepția gestaltistă privitor la testul Rorschach a adus-o BASH[1]. El deosebește, alături de WOLFGANG METZGER[2], trei tipuri de caracteristici ale întregului (Ganzeigenschaften), structura sau tectonica (inclusiv structura ritmului și a evoluției mișcărilor, precum rotund, simetric, închis,ascuțit, etc), calitățile de întreg (în primul rând "caracteristica" materialului, precum transparent, luminos, rugos, galben) și firea care cuprinde toate caracteristicile de expresie precum caracterul obișnuințele și valorizarea afectivă. BASH remarcă că *răspunsurile cromatice* împreună cu simțurile (mai ales cu cele individuale) reușesc să exprime "*firea*", în timp ce *răspunsurile clarobscure* ale lui BINDER, exprimă împreună cu calitățile de întreg (ale materialului) simțurile globale, sau dispozițiile. Structura este în relație nu doar cu *determinantele de formă*, ci prin structurile de ritm și de evoluție și cu răspunsurile *kinestezie*.

În general putem spune că psihologia gestaltistă, în ciuda unor contribuții și provocări valoroase, nu a furnizat "fundamentul" teoriei Rorschach. În acest sens ea a surprins mai degrabă, mai ales prin faptul că aparținătorii acestei școli s-au preocupat mult mai mult de probleme de psihologie *generală* decât de psihologia personalității. Așa cum au exprimat-o pe scurt WITKIN și LEWIS " ei au negat rolul factorilor personali în percepție"[3].

1 K.W. BASH, Ganzeigenschaften als Determinantentrager im Rorschach Versuch
2 WOLFGANG METZGER, Psychologie, ed.2-a, Darmstadt, 1954
3 H.A.WITKIN, H.B.LEWIS et all, Personality trough perception, New York, 1954

V. Școala percepție-personalitate

1. Generalități

Testul Rorschach se bazează pe ipoteza fundamentală "că între ceea ce e perceput și persoană se constituie un izomorfism". Așa a formulat odată ALBERT SPITZNAGEL punctul de plecare al teoriei testului Rorschach[1]. Aceast postulat s-a demonstrat în psihologia contemporană prin rezultatele unor cercetări într-o nouă direcție, despre care GORDON ALLPORT spune: "O dezvoltare demnă de remarcat a noii psihologii este descoperirea că această structură (personalitatea) contribuie concomitent la formarea percepțiilor cotidiene pe căi pe care până acum nu au fost încercate[2]".

Observația lui ALLPORT se referă la o direcție de cercetare care a fost denumită în mod obișnuit perception-personality school. Ea aduce cele mai importante contribuții la fundamentarea teoretică a testului Rosrchach, și – în primul rând -a făcut posibilâ această fundamentare. Căci ea ne livrează răspunsul la întrebarea: Cum este posibil diagnosticul personalității din percepție? Pe deplin îndreptățit PIOTROWSKI a introdus expresia de *perceptanalysis*[3], pentru testul Rorschach, pe care autorul însuși l-a considerat ca un "experiment de diagnostic perceptiv". Tot PIOTROWSKI este acela care a desemnat drept principiu fundamental al unei teorii Rorschach alegerea care o face percepția. "No perception without selection", și el recunoaște că "selection is a function of personality". Ceea ce alegem, este doar o fracțiune a posibilului. In limbajul teoriei comunicării s-ar putea spune și astfel: Redundanța este întotdeauna mai mare decât mulțimea semnalelor recepționate.

Scoala perception – personality s-a dezvoltat mai întâi în America și aceasta nu e de mirare. Aceste idei s-au născut indirect, din funcționalismul american care se interesează în mod deosebit de interdependența individului cu motivațiile și sentimentele sale, cu influențele și experiențele sale sociale[4]. LEWIN scria încă în 1942 "și percepția depinde de aspirațiile și sentimentele individului"[5]. NEWCOMB e îndreptățit să spună: "această percepție nu corespunde niciodată exact cu obiectul care stimulează percepția ci doar cu experiența individului privitoare la el"[6]. Cercetarea perception – personality a fost posibilă prin deplasarea interesului general de la puncte de vedere de psihologie generală spre problematica psihologiei diferențiale și a persoanei, o deplasare care se manifestă tot mai exprimat în ultimele decenii.

O privire de ansamblu aupra fundamentelor și începuturilor acestei direcții de cercetare putem găsi în antologia lui BLAKE și RAMSEY: "Perception. An Approach to Personality"[7]. Încă din prefață editorii consideră că personalitatea și condițiile sale sociale pot fi înțelese

1 ALBERT SPITZNAGEL, Grundlagen, Ergebnisse und Probleme der Formdeutverfahren, in Handbuch der Psychologie, Vol.6, Psychologische Diagnostik, Gottingen, 1964, p.81
2 GORDON W. ALLPORT,Verden der Personlichkeit, Bern, 1958
3 ZYGMUNT A. PIOTROWSKI, Perceptanalysis, New York, 1957
4 vezi WILHELM HELLMAN, Geschichte derPsychologie, Stuttgart, 1963, p.276
5 KURT LEWIN, Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Bern & Stuttgart, 1963, p.125
6 THEODORE M. NEWCOMB, Social Psychology, London, 1963, p. 316
7 ROBERT E. BLAKE, GLENN W. RAMSEY, Perception. An Approach to Personality,N.Y. 1951

din modul de percepție. BLAKE îl citează pe GARDINER MURPHY ("Personality"): "Dacă înțelegem diferențele în percepere noi trebuie să mergem mai departe în a înțelege diferențele în comportamentul rezultat" ca tot el să afirme ulterior: "Fiecare experiență modifică potențialul de reacție al structurii"... "Fiecare individ percepe o realitate dată într-un mod caracteristic, iar în acest sens există atâtea realități căți percepători". Fiecare percepție este influențată nu doar de experiențele anterioare ci în general de cultura în care trăiește. BLAKE îl citează aici pe LAWRENCE K. FRANK: "In fiecare cultură individul este necesarmente 'înghesuit, restrâns, închis' în limitările pe care cultura sa îi spune să le vadă, să le creadă îi să le simtă".

Scopul unei astfel de cercetări este, așa cum îl formulează KLEIN, "o teorie care să ducă la legi ale *percepătorilor*, nu la legi ale *percepției*"[1].

În consecința acestor interdependențe teoriile percepției și cele ale personalității au devenit azi intersectate. BRUNER spune că "Procesele perceptive sunt variabile care intervin critic în teoria personalității iar procesele personalității sunt variabile indispensabile ale teoriei percepției"[2]. Dependența reciprocă merge uneori atât de departe încât una poate fi exprimată în limbajul celeilalte. Astfel BRUNER afirmă: "În măsura în care 'percepționiștii' fac incursiuni în teoria personalității rezultatul este în general o proiecție a categoriilor percepției asupra naturii personalității. Lucrarea lui Rorschach este tipică, iar noi găsim azi investigatori care în conversații dacă nu în lucrări scrise, se referă la un pacient ca la 'un tip de personalitate foarte coartată', ori 'foarte CF'"[3]. Ambele moduri de considerare se interpătrund, spune BRUNER. "In acest fericit punct de convergență, fără îndoială că teoria personalității și teoria percepției sunt confluente într-o teorie comună a comportamentului", iar acest lucru s-a și întâmplat.

Ulterior putem afirma împreună cu M. LAWRENCE:

"1 ... percepția noastră se bazează, nu pe un fenomen ci pe o medie statistică pe care o utilizăm ca prezumpție.

2 ... Aceste medii statistice pe care le utilizăm ca prezumpții se bazează majoritar pe experiențele nostre trecute.

3 ... percepția noastră rezultă dintr-o aparentă cântărire a minții a unui mare număr de indicații și... această cântărire se petrece rapid și inconștient.

4 ... mintea noastră ia în considerare indicații conflictuale[4]".

Faptul că în această prezentare a percepției apar și nenumărate procese inconștiente, percepția este astfel, așa cum vom vedea accesibilă și psihologiei abisale.

În aceste context mai trebuie să amintim două încercări de teorie a psihologiei proiective care sunt conținute în volumul antologie al lui LAWRENCE EDWIN ABT și LEOPOLD BELLAK[5]. Și ABT pleacă de la faptul că orice percepție este selectivă. Acestă selectivitate

1 GEORGE S. KLEIN, în BLAKE & RAMSEY, Op. cit. p. 21 și 328

2 JEROME S. BRUNER, in BLAKE & RAMSEY, Op. cit. p.121

3 JEROME S. BRUNNER, in BLAKE & RAMSEY, Op. cit. p.121/122

4 M. LAWRENCE, Studies in Human Behavior, Princeton, 1949, citat de JAMES MILLER în BLAKE & RAMSEY, Op. cit. p. 276

5 LAWRENCE EDWIN ABT și LEOPOLD BELLAK, Projective Psychology, Clinical approaches to the total

trebuie concepută ca o funcție a unui "*cadru de referință*" individual. Stimulii nu au în sine nicio valoare de stimulare absolută. Stimulul acționează întotdeauna încadrul câmului general (W. KÖHLER), care cuprinde și experiențele trecute ale individului. ROGERS vorbește de un "*cadru de referință intern*", în care sunt cuprinse și reprezentările despre sine (*self concept*). După SHERIF factorii interni ai percepției joacă un rol cu atât mai mare cu cât cămpul stimulilor este mai imprecis și nestructurat, iar aceasta este în folosul testelor proiective (Op. cit. p.50). ABT sintetizează concepția dinamică contemporană astfel "...noi trebuie să privim percepția ca pe un proces activ și îndreptat spre scop care implică întreg organismul în relație cu câmpul ei. Prin natura ei activitatea perceptivă are rădăcini care se extind adânc în matricea experiențelor trecute ale individului, iar activitățile perceptive ale individului ajung într-un anume fel să-l orienteze spre viitor (Op. cit, p52). Cum orice percepție are funcția de-a pregăti organismul, de-al pune în starea de-a se apăra, *percepția* funcționează și ca o *defensă a Eului* (p. 52/53). (Vom regăsi acest punct de vedere mai apoi și la M. GINNIES și KRAGH.) Percepția joacă deci un rol important în procesul de *homeostază* (p. 53). La procesele perceptive ale metodelor proiective, se activează mecanismele de defensă tipice individului, în scopul homeostazei psihice, pentru ca pragul de toleranță habitual al anxietății pentru individ să nu fie depășit.

Și în demersul teoretic al lui BELLAK mecanismele de defensă joacă un rol hotărâtor. El ne atrage atenția că încă la FREUD (Totem și tabu) *proiecția* nu servește exclusiv la defensa față de conflictul intern. Ea este un *mecanism primitiv* care ne influențează percepția si senzațiile. Ea constă, după FREUD într-o coexistență între percepție și amintire (memorare), sau generalizând, șn prezența proceselor inconștiente pe lângă conștient. Fiecare percepție actuală este influențată de cele trecute, iar această activitate reciprocă constituie esența personalității (Op. cit. p11).[1]

BELLAK preia de la HERBART expresia aperceptie și definește acesta ca "o interpretare (dinamică) cu sens a percepției de către organism" (Op. cit, p.11/12). Orice percepție conține, deci, o "distorsiune aperceptivă" cu sens, o falsificare a percepției. O "percepție pur cognitivă" nu există (Op. cit. p. 12). Aici există și o *senzitivizare* : Un obiect care corespunde unei scheme preformate este perceput mai ușor. BELLAK vede în percepție, ca și PIAGET și o conduită de *adaptare* (p.21). "Teoria mecanismelor de defensă este într-adevăr o teorie privitoare la influența selectivă a perceptelor memoriei asupra percepțiilor evenimentelor actuale" (p. 23).

Aceste referiri doar schițate privind teoriile interesante ale lui ABT și BELLAK ar trebui să fie suficiente. In cercetarea perception - personality se pot diferenția doua direcții, una mai *statică*, alta mai *dinamică*, care, bineînțeles că se interpătrund în anumite puncte.

Personality, N.Y, London 1959

1 BELLAK se referă la "Nihil est in intelectu...) a lui HUME. In realitate perceptul e mai vechi. HUME, ca și LEIBNIZ l-au preluat de la LOCKE. Dar fraza apare și la TOMA D'AQUINO, iar ideea de "tabula rassa" provine de la ARISTOTEL. Vezi HEHLMANN, Geschichte der Psychologie)

2. *Cercetări statice*

Printre cercetările mai statice se deosebesc unele mai degrabă constituționale, altele care pun în lumină preponderent factorii funcționali. Aici e de subliniat încă o dată că noi nu înțelegem "constituția" doar în sensul strict al geneticii biologice ci incluzând și influențele timpurii le mediului. Constituția (înțeleasă ca o tipologie statornică, constantă) este în acest sens, parțial și un rezultat al educației.

a) Cercetări orientate preponderent constituțional

Aici ar fi de amintit în primul rănd lucrările școlii New Yorkeze a lui WITKIN și colaboratorii, care în lucrarea "Personality trough Perception"[1]au cercetat diferite puncte de vedere constituționaliste ale cercetării perception-personality. Cu toată relativa unilateralitate a întrebărilor cărții (totul a fost concentrat asupra întrebării dacă persoana în perceperea ambientului este mai mult sau mai puțin dependentă de câmpul stimulilor externi, în ultimul caz fiind mai orientați spre propriul corp) suntem aici pe drumul cel bun, anume în strădania de-acerceta experimental o interdependență între percepție și personalitate. Lucrările acestei școli sunt deosebit de valoroase pentru cercetarea Rorschach, fiindcă au arătat că postura, instalarea în sarcină pentru orientarea în spațiu corespunde tipului de rezonanță intimă ale lui RORSCHACH și aceasta este de o semnificație fundamentală pentru conduita persoanei.

Grupul de cercetare a lui WITKIN lucrează cu trei experimente de bază, unul al situațiilor de cale și cadru ("road and frame situation"), cel al situației camerei oscilante/ basculante și a scaunului basculant ("tilting room tilting chair situation), și cea a situației camerei rotative (rotating room situation), care din motive de spațiu nu vor fi descrise aici. Ei conchid dacă persoana pentru orientarea în spațiu utilizează preponderent impresiile din câmpul perceptiv extern sau pe cele interne kinestezice, adică dacă orientarea spațială este de origine externă sau internă. In primul caz, autorii vorbesc despre persoane dependente de câmp ("field dependent people"), în ultimul de persoane independente de câmp ("field independent people"). Au fost găsite legturi interesante. Autorii înșiși constată că diferența cea mai importantă dintre cele două grupe ar consta în relația persoanei cu ambianța și cu sine (p.312), și aici apar în prim plan trei aspecte ale personalității: Relația individului cu ambientul, stăpânirea pulsiunilor și autoevaluarea (p.467). Persoanele "field dependent" sunt mai pasive în raport cu ambientul puțin permisive și puțin încrezătoare în propriile impulsuri și postați anxios în raport cu acestea, au un sentiment redus al valorii personale și o schemă corporală relativ primitivă, nediferențiată. Persoanele "field independent" sau "analitical perceptual performers" prezintă dimpotrivă, o tendință spre activitate și independență față de ambient, au o relație mai strânsă cu pulsiunile lor și un control mai bun al acestora (K-urile ca factor de frânare!) și au un sentiment relativ înalt al valorii

1 H.A. WITKIN, H.B. LEWIS, M. HERTZMAN, K. MACHOWER, P. BRETNALL MEISNER and S. WAPNER, Personality trough Perception. An experimental and Clinical Study, New York, 1954

proprii, precum și o schemă corporală mai diferențiată și mai matură (p.469). Practic, toți cercetătorii ulteriori consideră ca și autorii acestei lucrări că individul nu este “un receptor pasiv ca o oglindă” a câmpului de stimuli, ci că percepțiile sale se constituie activ. Pentru constituirea percepțiilor experiențele de viață sunt decisive, ele au transformat individul în personalitate, așa cum arată ea acum. Experiența decizională adunată duce la o un fel de schemă de adaptare actuală a personalității (p.498). Aici se face simțită o trimitere la o cercetare funcțională a raportului perception-personality. O mulțime de rezultate individuale ale cercetării Rorschach în domeniul psihopatologiei au fost dovedite de aceste experimente.

Într-o serie de experimente ulterioare ale acestei școli[1]au fost dovedite legăturile dintre dependența de câmp și o percepție mai globală (la o mare constanță perceptivă) și între persoanele independente de câmp și o instalare analitică în percepție (la o constanță perceptivă redusă) (p. 52). Interesantă e aici poate și constatarea că istericii se prezintă mai mult ca dependenți de câmp decât nevroticii compulsivi (vezi și tipul de rezonanță intimă în Rorschach). Și datele despre paranoizi corespund cu rezultatele lui RORSCHACH.

La aceste cercetări ulterioare factorul genetic trece în prim plan, în principal chestiunea privind ce rol joacă educația în constituirea tipurilor de percepție și orientare. S-a constatat de exemplu că copii ale căror mame au contribuit la diferențierea copiilor ei și care erau ei înșiși relativ bine diferențiați, erau ele însele bine diferențiate; ele manifestau “abilitate analitică”, ”claritate cognitivă”, “o schemă corporală bine articulată”, “ abilitatea de-a împlini o sarcină fără să se bazeze pe sprijinul examinatorului pentru definire și ghidare” (deci autonomie) și capacitatea de-a manevra (controla) impulsurile agresive (p.342, 344). Iar mamele diferențiate cu o schemă corporală bine dezvoltată au în general copii cu o postare în câmp articulată, schemă corporală bine dezvoltată, “sense of separate identity” și mecanisme de defensă și control structurate.

Toate celelalte amănunte a acestor interesante (dar din păcate greu lizibile) cercetări trebuie considerate în original. Aici am dorit doar să arătăm cum această orientare statică a școlii perception-personality ne-a dat temeiuri teoretice valoroase pentru înțelegerea testului Rorschach, anume pentru *tipul de rezonanță intimă*. In plus clasificarea de bază a acestei școli (în indivizi dependenți de câmp și independenți de câmp) o asemănare frapantă nu numai cu împărțirea lui JUNG și cea a lui RORSCHACH în tendințe extratensive și introversive, ci și unele trăsături ale cicloidiei și schizoidiei lui KRETSCMER par a străbate aici[2]. La capătul acestei analogii stă (din punctul de vedere al unei psihologii statice) vechea clasificare a lui SHERRINGTON în funcții *exteroceptive* și *proprioceptive*. Tratată mai dinamic este vorba despre o diferențiere în însăși psihologia dezvoltării (Vezi și resemnificarea de către CONRAD a sistemului lui KRETSCMER). In principiu acestei abordări de psihologie a dezvoltării îi este dedicată o altă publicație a școlii lui WITKIN.

---

1 LUCIANO D’ABATE, Principles of Clinical Psychology, New York, 1964, p. 66

2 Vezi și expunerea lui JOHANNES C. BRENGELMANN în :RICHARD MEILI și HUBERT RORACHER, Lehrbuch der experimentellen Psychologie, Bern,1963,p.313

b) Cercetări orientate preponderent funcțional

Faptul că, din modul de percepție (care se înregistrează nemijlocit în testul Rorschach) se poate conchide asupra personalității, nu este posibil doar pentru că particularitățile constituționale ale percepției se configurează în mod diferit, dar (cum am mai amintit) și factorii de mediu ai personalității, *trăirile și experiențele anterioare*, apar ca modulatori ai modului de percepere. In lucrarea clasică a lui ANNE ANASTASI "Differential psychology" putem citi: "Că experiența anterioară a individului afectează comportamentul prezent este un fapt bine stabilit. Chiar și cel mai simplu *răspuns perceptiv* este influențat de reacțiile precedente ale subiectului. Chiar aprecierea unui stimul drept slab sau puternic, lung sau scurt, fierbinte sau rece, plăcut sau neplăcut, depinde parțial de stimulii care îl preced. Ceea ce observăm, ca și ceea ce memorăm dintr-o situație dată este determinat în mare măsură de setul nostru mental, de postura mantală. Acest set mental este constituit la rându-i din unele experiențe anterioare. Concepția noastră despre lumea înconjurătoare pare să fie influențată de propria noastră istorie reacțională specifică. Un observator complet 'obiectiv' sau 'imparțial' este o imposibilitate psihologică. Fiecare observație și descriere a unui individ privitor la orice fapt este condiționată de experiența sa trecută specifică ca și de obiceiurile și tradițiile mai generale inoculate de grupul său.[1]"

Am putea spune, cu formularea lui WIESER[2] că " în orice acțiune sunt cuprinse toate stadiile dezvoltării sale trecute". Iar aceasta nu e valabilă doar pentru acțiuni ci și pentru percepții.

De natura acestor influențe asupra percepției din partea personalității și a dezvoltării ei și de cum acționează ele s-a ocupat mai ales psihologia socială modernă. Inceputurile le-a făcut BRUNER și GOODMAN prin experimentul lor, devenit deja clsic[3]. Două grupuri de copii de zece ani, proveniți, unii din familii sărace, alții din familii bogate au trebuit să evalueze o monedă uzuală, din memorie, cu ajutorul unei pete luminoase rotunde. Monedele erau arătate, apoi retrase. Unei grupe de control i se arată în locul monedei un jeton de carton de aceeași mărime. Există tendința de-a supraevalua mărimea monedei, dar nu și a jetonului. Copiii "săraci" supraevaluează moneda mai frecvent și mai tare decât copiii "bogați". Lucrarea lui BRUNNER și GOODMAN a rezolvat o discuție aprinsă și este și astăzi valabil faptul că în aceste experimente este vorba nu doar de o acțiune a factorilor motivației ci și de cea a învățării[4].

Acestui experiment i-au urmat o serie întreagă de cercetări, ale căror rezultate pot fi sintetizate astfel:[5] Percepția este dependentă de o serie de factori *funcționali* sau de personalitate[6], anume de *nevoile* noastre (de ex foamea, sau nevoia de conformitate) și de

1 ANNE ANASTASI, Differential Psychology,New York, 1945, p.583

2 ST. WIESER, Das Schreckverhalten des Menchen, Bern, 1961, p. 82

3 I.S. BRUNNER, C.C. GOODMAN, Value and need as organizing factors in perception, Journ. Of Abnormal and Social Psychol. Vol.42, 1947, p. 33-44

4 JOACHIM ISRAEL, Socialpsykologi, Stockholm, 1963, p. 229

5 JOACHIM ISRAEL, Op.cit, p. 230-238

6 Factorii care apartin stimulului însuși, așa cum au fost prezentați în primul rînd de către gestaltism au fost denumiți factori structurali.

mecanismele învățate care controlează aceste nevoi[1] (inclusiv mecanismele de defensă), de *valorizările* noastre, de *posturile* (Haltungen) noastre și de reprezentările noastre privind realitatea, care acționează ca un "filtru" pentru percepțiile noastre, dar totodată ca protecție a stimulului[2] față de dispoziția noastră ca și față de familiaritatea noastră față de stimul (adică în general de procesele de învățare)[3]. Cum la stimuli neclari și la reacții rapide influența factorilor de personalitate crește semnificativ, acest lucru se manifestă expres în testele proiective.

Vom remarca trei amănunte din aceste multe cercetări interesante și parțial planificate pentru rezultate de valoare, fiindcă ele dau un tablou despre cât de subiective și dependente de personalitate sunt percepțiile noastre.

Psihologul american ADELBERT AMES JR. a lucrat cu așa numitele "distorted rooms", dintre care una era astfel construită încât, dacă o persoană trecea dintr-un colț în altul, observatorului, care privește printr-o gaură, îi apare întâi ca uriaș, apoi se reduce ca imagine până la dimensiunea unui pitic. Dacă o femeie, cu o căsnicie armonică cu soțul ei, atunci imaginea semodifică doar puțin, dar ea observă totodată că camera este construită fals. În cazul unui om străin, dimpotrivă ea trăiește iluzia ca oricine altcineva, fără a observa construcția camerei[4]. Si aici familiaritatea cu situația acționează asupra percepției.

Influența educației asupra trăirilor noastre este ilustrată de următoarea legătură descoperită de E. FRENKEL-BRUNSVICK. Copiii din familii cu autoritate constrictivă pot prelucra foarte dificil agresivitatea lor față de părinți. Ei concep relațiile sociale în termeni exclusivi de dominare și supunere. Pentru o relație egală nu e loc aici. Această postură de ori-ori exclusiv (imagine în alb și negru) se transferă și asupra altor judecăți:Oamenii sunt pentru ei buni sau răi, morali sau imorali, puternici sau slabi. Această "intoleranță la diversitate de valori" (FRENKEL_BRUNSVICK) influențează astfel și percepția și gândirea acestor oameni.

Al treilea exemplu provine tot dintr-ostudiu "clasic" deja. În 1949 E.McGINNIES a descoperit în experimente cu tahistoscopul (recunoașterea de cuvinte neutre și cuvinte încărcate de tabuuri) acțiunea mecanismelor de defensă în percepția noastră. El a numit acest fenomen "perceptual defense". (Probabil că o parte a rezultatelor sale au fost condiționate printr-o inhibiție a reacției verbale).

3. Cercetări dinamice

Întrucât chiar prin experimentele mai sus amintite modul de acțiune al mecanismelor de defensă ca atare în percepție nu a fost demonstrată, mai târziu orientarea dinamică a cercetării percepție-personalitate considerând poziția centrală a mecanismelor de defensă

1 G.S. KLEIN, Need and regulation, în JONES, Nebrasca Symposium on motivation. Lincoln, Neb. 1954, citat după ISRAEL, p. 230

2 M. ROKEACH, The open and the closed mind, New York, 1960 citat după ISRAEL, p.236

3 JOACHIM ISRAEL, Op. cit., p.253

4 M.J. WITTREICH, The Honi phenomenon: A case of selective perceptual distortion. Journ. Of Abnorm. And Soc. Psychology, Vol.47, 1952, p. 705 -712

în percepție, pe care am întâlnit-o la teoria proiecției a lui ABT, au pus-o în lumină. Și cu aceasta ajungem la cele mai noi și foarte importante importante cercetări pentru teoria Rorschach, anume la cercetările așa numitului *grup de la Lund-* Suedia (GUDMUND, J.W.SMITH și ULF KRAGH).

Bineînțeles că un expert Rorschach experimentat și familiar cu psihologia abisală a conchis uneori asupra unor legături importante din istoria personală interioară a subiectului. (Ar trebui să amintim măcar de lucrările cazuistice ale lui HANS ZULLIGER.) Tocmai pentru această parte a experienței cu testul Rorschach u a existat până acum din partea psihologiei experimentale nici o explicație mulțumitoare. Abia acum, aceste lucrări ale cercetătorilor sus numiți ne aduc o lumină privitor la aceste legături.

Școala de la Lund se folosește în cercetările sale de *tahistoscop* de care în timpul primului război mondial OTTO PÖTZL la clinica din Viena s-a folosit pentru cercetarea viselor.[1](Mai târziu, la sfârșitul anilor 50 aceste experimente au fost continuate de către americanul CHARLES FISHER[2]). Aici însă, tahistoscopul nu este utilizat în cercetarea viselor, ci în cercetarea *procesului perceptiv*. Această tehnică a fost elaborată și dezvoltată de către FELIX KRUEGER și FRIDRICH SANDER în Leipzig și constă din întârzierea și fracționarea (protraction and fractioning) artificială aprocesului perceptiv, pentru a face cercetarea accesibilă. Aceasta se produce în maniera în care stimulul este prezentat la început în expuneri scurte (subliminale, sub pragul perceptiv), apoi prin expuneri tot mai lungi. Această metodă a fost denumită "*geneza actuală*" (Actualgenese).

Școala suedeză sus numită s-a dezvoltat parțial din geneza actuală a școlii de la Leipzig și din psihologia dezvoltării a lui HEINZ WERNER și JEAN PIAGET. Dar, contrar antecesorilor ei, care au mers pe linia cercetării proceselor perceptive generale și a dezvoltării lor la diferite vârste, școala de la Lund pune psihologia diferențială și teoria personalității în focarul cercetărilor ei[3]. Metoda a fost denumită de ei drept metoda percept-genetică (percept-genetic method).

Materialul de stimulare folosit în experimente constă de regulă din imagini asemănătoare cu cele din TAT, majoritatea cu un personaj principal si unul secundar, care sunt prezentatte în metoga genezei actuale. Legat de tehnica complicată din anumite puncte de vedere, mai ales în privința dozării timpilor de expunere, avem la dispoziție lucrarea fundamentală a lui KRAGH[4].

Mulțimea de lucrări ale cercetătorilor suedezi au dat, sintetizând, următoarele rezultate:

Personalitatea este un produs al dezvoltării, ceea ce era deja cunoscut și recunoscut.

Dar, nu numai personalitatea, ci și orice percepție este un rezultat al unui proces de dezvoltare, care înaintează de la faze îndepărtate de stimul (reiz-fernen) către faze apropiate

1 OTTO PÖTZL, Experimentell erregteTraumbilder in ihren Beziehungen zum indirekten Sehen. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psychiat., Vol. 37, 1917, p.278-349

2 CHARLES FISHER, Journ. Of the Am. Psychanal. Ass. July, 1954

3 ULF KRAGH, Rapports entre la Perception et la Personalite, Scientia, 1963

4 ULF KRAGH, The actual genetic Model of Perception-personality, Lund and Köbenhavn, 1955

de stimul (reiz-nahen). Vorbim aici de o minigeneză. Datele marginale din fazele subliminale reprezintă doar *actualizări ale istoriei personale*. Se constituie astfel o interdependenţă "micro-macro", sub forma unui paralelism, la început între fazele de dezvoltare ale unei percepţii individuale îi ontogeneza în general. Astfel că HEINZ WERNER şi colaboratorii, în 1952 dovedesc că la expunerea tahistoscopică a unei planşe Rorschach cu timpi de expunere progresiv măriţi (în tehnica genezei actuale), evoluţia interpretărilor urmează dezvoltarea cunoscută a percepţiei din copilărie până la maturitate[1]. In anumite condiţii experimentale se poate dovedi chiar şi paralelismul micro-macro care există între succesiunea de faze individuale în percepţie şi istoria personală a individului respectiv.[2]

Percepţia are astfel o corespondenţă, cu personalitatea nu doar "static" aşa cum a dovedit şcoala mai veche perception-personality ci şi "dinamic". Percepţia ca proces genetic actual (în mini-geneza ei) are o corespondenţă "dinamică" cu ontogeneza personalităţii, aşa cum a dovedit şcoala din Lund.[3] Corespondenţa merge atât de departe, încât apariţia unui fenomen marginal în evoluţia mini-genezei, corespunde, în succesiunea temporală, exact cu momentului evenimentului în ontogeneză (de ex. moartea tatălui).

În experimentele lui KRAGH şi SMITH s-a constatat şi faptul că asociaţiile cu un stimul senzorial sunt reconstrucţii ale unor faze anterioare ale dezvoltării percepţiei[4].

Abia din aceste interdependenţe între mini-geneza percepţiei şi ontogeneza personalităţii se înţelege cum un experiment psihologic perceptiv precum testul Rorschach poate oglindi şi explica practic nu doar anumite orientări fundamentale (orientarea spaţială, modul de trăire analitic sau global şi altele), dar şi -în mare măsură- "istoria timpurie" a predispoziţiilor de trăire şi conduită a unei personalităţi.

Ca metodă de cercetare pentru înţelegerea structurii personaităţii în straturile sale mai profunde, metoda genezei percepţiei are o anume asemănare cu psihanaliza exploratorie. Într-o lucrare încă nepublicată KRAGH şi SMITH au arătat mai nou, că aşa numitele "asociaţii libere" ale psihanalizei reprezintă echivalentele fazelor timpurii ale dezvoltării percepţiei, cu deosebirea că asociaţiile sunt reconstrucţii, care se constituie după faza terminală a percepţiei.

În procedurile geneticii percepţiei apar deosebit de frumos mecanismele de defensă. Şi fiindcă mecanismele de defensă preferate joacă un rol central în structura personalităţii KRAGH a putut să construiască un test de personalitate special tocmai din prezentarea pasageră, tahistoscopică, a unor imagini ameninţătoare. (defense mechanism test, DMT).

Orientarea dinamică a şcolii neo-actual-genetice merge atât de departe încât consideră ca proces nu doar percepţia (pe care a făcut-o deja în fond, gestaltismul) ci, precum

1 J.L. FRAMO, A tachistoscopic study of perceptual development in human adults. 1952 APA meeting in Washington DC şi J.L. FRAMO, Structural aspects of perceptual development in normal adults: a tachistoscopic study with the Rorschach technique, Ph.D. diss, Univ. of Texas, Austin, 1952

2 ULF KRAAGH and GUDMUND J.W. SMITH, Accesorial andinclusive Approach to marginal perceptual phenomena. Psychological Research Bulletin, Vol.II, No. 3, Lund University, 1963

3 ULF KRAGH, Einige Bemerkungen uber das aktualgenetische Model der Perception und der Personlichkeit, Vita Humana, vol.4, 1961, p. 166-172

4 ULF KRAGH şi GOODMUND SMITH, Percept genetic Analysis, Lund 1970, p. 24

THOMAE[1], chiar personalitatea este concepută ca proces, și anume ca pe o configurație (Gestalt) în evoluția ei prezentă[2].

Aceste ultime rezultate ale cercetărilor de orientare dinamică ale școlii perception-personality sunt la fel de fantastic de îndrăznețe ca și cele mai noi rezultate din biochimie cu microprocesele ei. Cine știe cât de curând vor apărea primele punți între cele două?

1 HANS THOMAE, Personlichkeit, 1951. THOMAE pune alături de "Pesonalitatea ca proces, "personalitatea ca structură". Vezi și WILHEM HEHLMAN, Geshichte der Psychologie, Stuttgart, 1963

2 ULF KRAGH, Pathogenesis in Dipsomania. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, vol.35, 1960, p.211/212, precum și The actual-genetic Model of Perception-Personality, Lund & Kkopenhagen, 1955, p.125-127

V. Exemple

Observații

În următoarele pagini vom da câteva exemple în extenso: textul protocolului, cotarea, diagnosticul Rochach iar pentru toate cazurile clinice, un fragment din jurnal şi o eventuală epicriză.

Evident că prin câteva exemple nu vom putea cuprinde toate nuanțele diferitelor tipuri de inteligentă şi de caracter, ale anormalității psihice şi a diferitelor boli. Au fost scoase o serie de diagnostice pentru a nu încărca cartea cu detalii minore, nesemnificative.

Noi avem totuşi speranța că aceste 32 de exemple vor ajuta cititorul să îşi facă o imagine despre posibilitățile de întrebuințare practică a metodei şi despre cele mai importante grupe de structuri normale şi patologice.

Au fost preluate doar exemple sigure, fiind vorba de cazuri clinice fiind în concordanță cu diagnosticul clinic dat de psihiatrii. Nu se ajunge mereu la această concordanță între cele două tipuri de diagnostic. Dacă diagnozele Roschach şi cele clince nu sunt concordante, putându-se susține că, diagnozele Roschach ar fi eronate, metoda având anumite puncte slabe, pe care experții în Testul Roschach încă nu le stăpânesc. Este posibil ca diagosticul clinic să fie greşit. Din perspectiva psihiatrilor experimentați, diagnosticul clinic are o marjă de eroare de 10 până la 30%.

Exemplele ce vor fi prezentate în continuare au fost înregistrate cu seria a-3-a de planşe ale Testului Roschach. La unele protocoale nu a mai fost însă menționat.

Inteligența (apreciere cantitativă)

Nr. 1. *Normal mediu*

Soția unui meseriaş, 27 ani. Casă cu bun gust. Niciun fel de interese deosebite.

Protocol

20,29 – 20,41

I.	O	Un fluture	1	G	F+	A	Ban.
II.	negru	Două capete de câini	1	D	F+	Ad	
III.	O	Doi bărbați	1	G	F+	O	Ban.
IV.	O	O blană de animal întinsă	1	G	F+	A	Ban.
V.	O	Un liliac	1	G	F+	A	Ban.
VI.	O	Animalul nu îmi este cunoscut O blană de animal.	1	G	F+	A	Ban.
VII.	O Treimea superioară	Nori, două femei În orice caz fețele lor	2	G D	ClobF F(C)+ nori F+	 Hd	 Ban.
VIII.	Părțile	Urşi polari în natură	1	DG	FC+	A	(Ban.)
IX.	d roşu d verde	Un cap de bărbat Două persoane, doi adulți, şi un copil	2	D D	F+ K+	Hd H	Ban.

X.	c verde mijloc	Un vierme		D	FC+	A	Ban.
	c galben-negru lateral	Un gândac	4	Dd	F+	A	
	b roșu lateral	O scoică		D	F+	A	
	c albastru lateral	O algă		D	F+	Pl.	

Cotare: Răsp.: 15 Timp: 12min

G = 7 (6+)(1DG+)	K=2(+)	H=2	Pl.= 1	Ban=8 (9?)
D = 7	F=10(+)	Hd=2	Nori=1	orig.=0
Dd=7	F(C)=1 (ClobF)	A=8		
	FC= 2(+)	A=1		

F+=100% , A=60%, Ban.=53%(60%?), orig.=0%
T.P.=G-D, succ.= ord., TRI= 2:1

Evaluare: Inteligență medie bună (F+%,G,TP, K), chiar mai bună decât aparent, existând o formă ușoară de depresie. Dotare creativă slabă (K, comb. DG). (Familia are înclinații artistice. Una dintre surori pictează.). Dependență spirituală de mediu (Ban.%). Ceva „gătit de casă" (singura K banală ce provine din interesele familei).

Depresie pshogenă ușoară (F+%, A%, orig%, ClobF) (pihogen: G, K). (La vremea aplicării testului relații externe nesigure, care prezintau un pericol real pentru coeziunea familiei).

Nr. 2. *Normal inteligent*

Profesoară de 37 ani. Subiectul activ în ceea ce privește metodele moderne de predare, de aceea este într-un conflict latent permanent cu autoritățile educaționale. Nu provoacă conflicte dar nici nu se supune. Căsătorită cu un politician.

Protocol
19,42 - 19,47 – 19,56

I.	Mijloc întreg	Gândac	2	D	F+	A	
	Părți	Doi omuleți		D	F+	H	
II.	Interm.	În mijloc o lampă atârnă		Dim	F+	Obj.	
	O	Doi omuleți ce stau cu mâinile una peste alta		G	K+	H	Ban.
	Roșu sus	Gura leului (plantă, pop.)	5	D	FC+	Pl	
	b coadă	Câine cu păr lung		D	F+	T	
	a. roșu	O garoafă		D	FC+	Pl.	

III.	O	Doi chelneri, care cară ceva între ei		G	K+	H	Ban.
	Roșu mijloc	Pată de sânge	3	D	CF	sânge	
IV.	O	O blană de animal cu cap și ochi Aici nu pot vedea nimic		D/DG	F+	A	Ban.
V.	O	Un liliac ce zboară	2	G	F+	A	Ban.
	Prelungiri Laterale groase	Cap de pește		Dd	F+	Ad.	orig.+
VI.	O	Blană de animal	1	G	F+	A	Ban.
		Nu îmi spune nimic					
VII,	c mijl.	O ciupercă		Dim	F+	Pl.	orig.+
	a treimea de mijl.	Cap de animale de pluș		D	F+	Ad.	Ban.
	Treimea sup.	Două doamne moderne cu pălărie	3	D	F+	Hd	Ban.
VIII.	Roșu jos	O floare, asemănătoare panseluței	2	D	FC+	Al.	
	Părți	Două animale, câini sau lupi liniștiți		D	F+	A	Ban.
IX.	intrem.	O floare, în mijloc cu o ștampilă		Dim.	F+	Pl.	orig.+
	Între verde și maro	Cap de elan		D	F+	Ad	Ban.
	Mijl. în roșu	Fața fantastică a unui bărbat		Dd	F+	Hd.	orig.+
	c O	Un candelabru ce atârnă din pătură		Gim	F+	obj.	orig.+
X.	c O	Totul este o floare cu caliciu		G	FC+	Pl.	orig.+
	Verde mijloc	Semințe de arțar		D	FC+	Pl.	orig.+
	Maro mijl.	Și aceasta (și culoarea)	5	D	FC+	Pl.	
	Albastru lat.	Animale de mare		D	F+	A	Ban.
	Gri mijl.	O imagine a bazinului și a coloanei vertebrale		D	F-	anat.	

Cotare: Răsp.: 28 Timp: 14 min (5/9)

Gim

G=7(+) (1 Dim+)	K=3 (+)	H=3	Anat.=1	Ban.=10
D=16	F=17(1-)	Hd=2	Pl.=8	orig.=7(+)
Dd=2	FC=7(+)	A=7	obj.=3	1 T.P.
Dim=3	CF=1	Ad=3	sânge= 1	

F+=94%, A=36%, Ban.= 36%, orig.= 25%(+)
T.P.=G-D-(Dim), succ= aerisită, TP=3:4 ½

Șoc cromatic ușor (succ.II, sânge III. 1 răsp VIII, succ.IX) parțial supracompensat (orig.IX,X) – șoc la negru ușor (obs.IV, obs VI, succ.VII), accentuare a fenomenului de ruptură (VIII)- perseverări (2x omuleți, 2x lampă, 2x semnițe)

Evaluare: Inteligență (F+, succ. , G, TP,A%, Ban%, orig%, K) cu critică originală. Prelucrează calitatea. (răsp., F+%, timp). Practic. (T.P, TRI, orig., D,A: Ad, timp). Interese pentru botanică și grădinărit (Pl.Orig., Pl.). Dotare politică (V%,A%,orig%)

Afectivitate bine stabilizată, (FC,K,G,F+%). Luptătoare (Dim, TRI,). Dispoziție generală veselă (TRI). Luptă împotriva lumii, nu nevrotică: Gim., majoritatea culorilor FC

Constituție nervoasă-iritabilă (subvalidă?) cu un ușor construct nevrotic (succ., împărțire K, culori- + șoc la negru + VIII). Pacienta trebuie uneori „manipulată”

Perseverarea ușoară se datorează probabil unei recidive a encefalitei epidemice, de care suferise pacienta cu 12 ani în urmă, nelăsând simptome brute vizibile.

Nr.3. Prostia psihologică

Fată de 22 e ani, elevă la școala de infirmieri

Prototcol

20,22 – 20,29 ½ - 20,35

I.	O	O chiuvetă		G	F-	Anat.	
	Întreg		2	conf.			
	Mijloc	O față de câine		D	F-	Ad	orig.-
20, 24½							
II.	roşu inferior	Un fluture		D	FFb	A	
			2				
	roşu superior	Câteva animale, veverițe		D	F+	A	
20,26							
III.	roşu superior	Câteva păsări (la întrebarea: ce fel?): veveriță		D	F-	A	
	Brațe +						T.P.
	Negru mijloc	Chiuvetă	3	D	F-	Anat.	Orig.
	Roșu mijloc	fundă		D	F	+	Obj.
20,27 ½							
IV.	Mijloc	O insectă		D	F+	A	
			2				
	dito	Cap de capră		D	F+	Ad	

20,28 ½								
V.	O	Un liliac		G	F+	A	Ban
			2				
	picioare	Antene, acestea		Do	F+	Ad.	
20,29 ½							
VI.	O	Piele de animal		G	F+	A	Ban
			2				
	Vârf superior	Cap de șarpe		D	F+	Ad	
20,30 ½							
VII.	prelung.	Labe de iepure		Dd	F±	Ad.	
	Sup.		2				
	Treimea mijl.	O față		D	F+	Hd	Ban.
20,31 ½							
VIII.	părțile Liniei mijl.	Doi tigrii		D	F+	A	Ban.
	Linie mijl. în gri	Măduva spinării		D	F-	Anat.	
20,32 ½							
IX.	O	Diferite culori, roșu, gri, verde, mov	1	G	C	Culoare	
20,33 ½							
X.	Albastru lateral	Un paianjen		D	F+	A	Ban.
	Dito	Sepie		D	F+	A	Ban.
	Gri mijl.	Raci	4	D	F+	A	
	Verde mijl.	Un cap de animal		D	F+	Ad.	Ban.

Cotare:			Răsp.: 22 Timp: 13 (7 ½ /5 ½)
G=4	K=0	H=0	reacție diferențială pentru:
D=16	F=20 (5-, 1±)	Hd=1	toate=0,59
Dd=1	FC=1(+)	A=10	negre=0,65
Do=1	C=1 (denumire de culori)	Ad=6	negru-roşu=0,60
		Anat.=3	colorate=0,50
		Obj=1	Ban.=7
		Culoare= 1	orig.=2 (-) (TP)

F+= 72 ½%, A=73%, Ban.=32%, orig = 9%

TP=G-D-(Do), succ.= ord., TRI=0:2 (fără denumire de culori 0: ½)

1 denumire de culoare – 1 răsp. – 1 răsp.sau – 1 conf – perseverență uşoară (2x veverițe, 2x bazin) – inhibiție de organizare (forme şi conf I)

Evaluare: Inteligență inferioară (la limita debilității) (răsp, TRI, F+%,A%, G+, orig.-, Do, K, Hd, culori, denumire de culori, confabulare, perseverări.). Banal (A%, Ban%, orig%-)

Privind forma de perseverație organică trebuie luat în calcul la "veverițe" că inferioritatea intelectuală este condiționată lezional și ar putea reprezenta defecte organice minore.

Afectivitate neprotestatară, adaptativă, deschisă, fără inhibiții, (FC, 0K, G+, F+%). Dispoziție veselă.

Notă: Pacienta era elevă la momentul testului. Şi-a susținut mai târziu examentul, este aşadar capabilă să rețină mecanic materiale complicate. Ea îşi va îndeplini obligațiile pe bază de indicații, nu va putea însă promova în locuri de conducere.

Nr. 4 *Oligofrenie uşoară*

Educatoare de grădiniță de 37 de ani

N.B. În urmă cu 3 ani a mai fost testată de medic, a uitat însă, nerecunoscând imaginile.

Protocol

15,36 – 15,44 – 15,54

I.	O	Liliac	1	G	F+	A	Ban.
		O față de câine					
15,36 ½ II.		Acesta, nu arată a nimic Trebuie să le leg?	-	-	-	-	-
15,37 ½ III.		Nu am imaginație Nu sunt altceva decât pete			critică subiectivă		
			2				
Roșu mijl.		Este o fundă		D	F+	obj.	
Roșu ext.		Un trunchi de copac cu crengi		D	F-	Pl.	
15,40 ½ IV.	O	Un animal de un anumit soi		G	F±	A	
		Acesta nu este animal cu astfel de picioare	1		critică obiectivă		
15,42 V.	O	Acesta, de acolo este un liliac Atunci celalalt nu poate fi un liliac	1	G	F+	A	Ban
15,44 VI.		Nu e nimic concret					
		Este un fel de animal	2	G	F+	A	
Vârf. Sup.		Acesta trebuie sa fie un cap. Pentru că acolo sunt niște antene.		DdD	F±	Ad	
15,46 VII.c	O	Acesta trebuie să fie un animal, dacă așa ceva stă deasupra lui		DG	F-impr.	A	
		Nu pot să înțeleg ce vor să fie petele luminoase	2				
Desen		Seamănă cu niște pete pe o hartă		Dd	FC	Hartă	

15,46 VIII. Laterale	Seamănă cu un urs care se caţără Celălalt nu ştiu, este doar o culoare	1	D	F+	A	Ban.
15,50 ½ IX.	Vrea să fie ceva anume? Nu arată a nimic.					
15,52 X. (dupa 2 min)	Nu arată a ceva anume	1				
Verde mijloc	Vierme		D	FC+	A	Ban.

Calculare: Rasp.: 11 Timp: 18 min. (8/10)

G = 5 (3+) (1 DG -)	K = 0	H = 0	Timp de reacţie diferenţial:
D = 5 (1 Dim)	F = 9(2 -, 1 impr, 3±)	Hd = 0	Pentru toate = 1,64
Dd = 1	F(C)= 1 (Clob. F)	A = 7	negru = 1,29
	FC = 1(+)	Ad = 1	negru-rosu = 2,00
		Pl = 1	colorate = 2,3
		Obj = 1	Ban. = 4
		Hartă = 1	Orig = 0

F+ = 61%, A = 73%, BAN = 32%, Orig = 0%
TP = G- E, Succesiune ordonată?, TRI = 0 : ½

2 renunţări (II, IX) – conştientă interpretativă puternic diminuată – autocritica şi critica obiectului – şoc la culori (renunţări II, autocritică III, obs. VIII, omisiuni IX, timp X)

Evaluare: Inteligenţă inferioară, probabil deja debilitate (timp, F+%, A%, G+, DG, K, TRI, Orig%) percepe doar asociaţiile banale, ar vrea să poată mai mult, se simte mereu înfrântă.

Afectiviate liniştită, capabilă de raportare la exterior (culori) dar care în urma nesiguranţei (critica) şi a anxietăţii (Clob. F) nu intră în contact cu mediul uman înconjurător (0 H). Pare a fi încântată (FC+) atunci când anxieitatea dispare privitor la copii şi animale,ea devine sigură şi afectuoasă.

Tendinţa la depresie psihogenă (G+, A%, Orig%, K, culori, Clob F, răsp, timp). Nevroza senzitiv-anxioasă de tip predominant fobic (şoc culoare II, III, Clob F, critica obiectului şi autocritică) dar nu fobia clasica. Inferioritte intelectuală + psihopatie constitutională? (tip senzitiv nesigur pe sine)

Testul este un exemplu bun care arată cum poate inferioritatea intelectuală şi mecanismele nevrotice să se influenţeze una pe alta.

Porteus: I.A = 11,5 , IQ = 82%

Clinic: Mama a murit la 2 ani după naşterea pacientei, a fost crescută în orfelinat unde se povesteau la masa toate prostiile ei în prezenţa altora. În şcoală primară a rămas de mai multe ori repetentă, putea să înveţe pe de rost dar nu putea să socotească. A părăsit orfelinatul când i s-a permis. Devine nervoasă şi deprimată. Tic nervos la ochi. În clinică deprimată şi agitată. Nu se poate apropia niciodată de oameni. Se simte singură şi are sentimente de inferioritate. Se simte copilul vitreg al societăţii. Sentimente de vinovătie puternice, nu se mai poate ruga ca înainte. E indemnată de imaginaţie să sară pe geam sau sa meargă în pădure, "dar asta nu am voie".Psihoterapie (tic corectat), dozare de insulină.

Nevroză anxioasă. Inferioritate intelectuală.

EEG: Disritmie de tip epileptiform

Policlinic: Sentimentul că este neîndreptăţită. Poate fi liniştită uşor. Tendinţa de a plânge, o săptămână înainte şi una după menstruaţie. Psihoinfantilism. Acum ocupându-se de grădiniţă, susţine că ar face totul greşit.

Inteligenţa (evaluare calitativă)

Nr. 5 *Cercetător*

Profesor univ. 64 ani. om de ştiinţa cu cercetări realizate pe foarte multe domenii. În prezent se află într-o situaţie dificilă, în urma evenimetelor din timpul războiului care au avut un efect deprimant.

Protocol

15,05 – 15,28 ½ - 15,44 ½

I.	O	În întregime arata ca un cap de animal	Gim DimG	F+	Ad	
	O	Ne putem gândi şi la o larva	Gim DimG	F+	Hd	
Con şi proem sus		Doi politisti englezi care fac un semn de oprire, doar capul şi mâna.	Do	K+	Hd	prelucr. Orig.+
Negru în mijloc jos, laterale		Partea inferioară a unei figuri feminine 8	D	F+	Hd	
Jumătate sup.		Două capete de câine în profil cu un bot foarte lung	D	F+	Ad	
Pata luminoasă în mijloc		Canal central în partea sup. a măduvii spinării	Dd	F+	Anat.	Orig.+ dom.

15,12 ½							
II.	O	Doi troli îmbrăcați închis la culoare cu o căciula roşie şi au o fată puțin perceptibilă, care dansează ciudat, ținând mâna peste mână şi imaginându-şi picioarele corespunzătoare, reieşind o figura ciudată roşie	5	G	KFC+	H	Ban.
c roşu mijloc		Un cap de drac sau o figură de zmeu cu coarne roşii		DdD	F+	Hd	
c negru		Două capete de câine, lipite		D	F+	Ad	
c gri d.vârf		Organe genitale feminine		Dd	F±	Sex.	
c roşu jos		Două capete microcefale		D	F+	Hd	
15,17 ½							
III.	O	Doi bărbați cu guler ridicat, care sunt într-o poziție ciudată. bărbații se zgârie (pata luminoasă a trunchiului)		G	K+	H	TP orig.+
roșu		Secțiune transversală prin măduva spinării	4	D	F+	A	
		Nu sunt chiar simetrice			simetrie		
15,22							
IV. mijl.		Un cap de animal		D	F+	Ad.	
	O	Toată imaginea reprezintă un mongolez care este îmbrăcat într-o blană groasă, cu cizme foarte mari.	5	G	K+	H	
c mijloc		Un cap de animal ciudat, un personaj de fabulă		D	F+	Ad	
c	O	Întreaga figură este un gen de liliac		G	F+	A	
c vârf		Cu o deschizătură genitală		Dd	F+	sex.	
15,26							
V.		Este foarte plictisitor					
	O			G	F+	A	Ban.
c	O	Dacă o întoarcem, arată ca un fluture	3	G	F+	A	Ban.
c	O	Ca o dansatoare care dansează cu vălul		DG	K+	H	orig.+
15,28 ½							
VI. prelung. sup.		Sus este un omuleț ciudat, care are două perechi de mâini o imagine a unui idol asiatic		D	F+ (K impr.)	H	orig.+
Partea princ.		Ambele părți princ. Sunt în formă de cârnaț.	3	D	F+	Hd	
c	O	Toată fig. ca două profile cu barbă, cu buza groasă sau cu mustață și cu un nas în formă de cârnat, ca un profesor de pian		G	F+	Hd	

15,32						
VII. treimile Sup	Doi copii îmbrăcați în iepuraș care dansează		D	K+	H	orig.+
c O	Două dansatoare cu coafuri și dos/ fund mare	3	G	K+	H	
c treimea mijl.	Cap de animal, asemănător elefantului, ceva între elefant și vacă		D	F+	Ad	Ban.
15,35						
VIII. laterale	Doi șobolani		D	F+	A	Ban.
Roșu mijl.	Secțiune transv.prin măduva spinării	4	D	F+	Anat.	orig.+ dom.
Albastru	Corset feminin din vremuri îndepărtate		D	F+	obj.	orig.+
Între albastru și gri	Figura unui vrăjitor rău cu căciulă		DimD	F(C)+	Hd	TP orig.+
15,38 ½						
IX.	……devine tot mai greu					
				șoc de culori		
	Mi-aș dori să știu cum a făcut Roschach					
spatele fig. maro	Două profile feminine		Dd	F+	Hd	
		4				
verde	Un cap de animal nedefinit		D	F+	Ad	TP orig.
Dungi verzi-roșii	Cineva și-a rupt proteza și se află acolo cele două părți		Dd	FC+	obj.	orig.+
Median Proem. Maro	Două labe de iepure		Dd	F+	Ad	
15,42 ½						
X. albastru	Sunt doi băieți în dreapta și stânga		D	F+	A	Ban.
Gri mijl.	Două capete de insecte		D	F+	Ad	
Gri lat.	Două structuri asemănătoare unui gândac	5	D	F+	A	
Galben mijl.	Celulă nervoasă		D	F+	anat.	
Verde mijl.	Încă un cap de insectă		D	F+	Ad	

Calculare: răsp.=44, timp=39 ½ (23 ½ / 16)

G=11 (+) (1DG; 2 GimG)	K=7 (+)	H=8	Ban.=7
D=25 (1DdD;1DimD)	K FC=1 (+)	Hd=10 orig.=13 (+)	
Dd=7	F=34 (2+)	A=8 (3dom. +)	
Do= 1 tendință cu mai mult	FC =1 (DimDF(C)+)	Ad= 10	(3TP +)
	FC=1 (+)	anat.=4	sex.=2

F+ =97 %, A=41%, Ban.=16 %, orig =19% (+),
TP=G- D-Dd, succ.= aerisită, TRI=8: ½

Şoc cromatic supracompensat (obs.IX) – şoc la negru (succ. IV, obs V, succ.VI, succ. VII) – fenomen de ruptură (VIII) – simetrie (III) – contaminarea slăbită (VII) – 1 K sub presiune (VI) – 1 contopire fond-figură (VIII) – 3 răsp. complex (Buddha I, vrăjitor VIII, proteza IX)

Evaluare: Inteligenţă foarte bună (F+%, G+, TP, A%, orig.%, K), cu aptitudini teoretice şi de cercetare (G,G orig., F+%,K,orig. %, A%), productivitate mare (K), observaţie de detalii (Dd). Prelucrare calitativă bună (răsp., F+%, timp)

Înclinaţii spre literatură (TP, prelucr.orig)

Afectivitate adaptată (FC), inhibiţie depresivă (TRI)

Depresie psihogenă uşoară (F+ %, culoare, Do, Hd:M, şosc la negru), predominant exogenă (2DimG)

Nr.6 *Tehnician*

Inginer tehnic, 70 ani. Profesor universitar, înclinaţie deosebită pentru calcul, constructor remarcabil. Nenumărate invenţii, deţinător de licenţe.

Protocol

(cifrele anumitor localizări se referă la însemnele de pe foaie)

20 – 20,30 – 20,57

I. lat., jum. Sup.	Nişte păsări ce stau		D	F+	A	
Lat.	Nişte bărbaţi şi nişte femei, eventual cu aripi		D	K+	H	
Mijl.jum.sup.	Cap de insectă		D	F+	Ad	
Dito	Rac		D	F+	A	
Desen 1, lat. dreapta	O faţă de drac cu gură şi ochi		Dd	F(C)+ F(C)+	Hd	
Mijl.inf. contur c	O peşteră cu stalactite (coarne)	10	DimD	F±	peşteră	orig.
Întunecat mijl 2 (sup.) c	O parte a unui animal cu braţe rotunde		Dd	F+	Ad	
dreapta,sup.	O femeie bătrână cu un şal mare, faţă, braţ		Dim	K+	H	orig.+
c (stânga)3 (sup.)	O pasăre răpitoare, stând, rotund desenate, cap etc.		Dim	F+	A	orig.+
c stânga faţă	O faţă cu coadă mare		Dd	F+	Hd	
20,07						
II. c O	Ceva asemănător fluturelui		G	F+	A	
c roşu mijloc	roşul poate fi ceva asemănător fluturelui		D	FC+	A	
Roşu (jos stânga)	Un bărbat (îl descrie)		D	F+	Hd	

c	colț (stânga sus)	Capul și pieptul unui cocoș		Dd	F+	Hd	
			7				
a	negru 1)	Dracul însuși, ochi (x), nas mare și corn pe frunte (xx)		Dd	F+	Hd	TP orig.+
Între		Un pește ciudat		Dim	F+	A	
b	(sus)	Un băiat fumos, cu barbă		Dd	F+	Hd	
20,11							
III.	O	Câțiva bărbați care se înclină și țin ceva în mână sau se sprijină pe ceva		G	K+	H	Ban.
d	roșu ext	O maimuță ce sare, cu coadă lungă, care își întoarce capul		D	F+	A	
a	piept	Un jabot frumos		Dd	F+	obj.	
d	coadă neagră și gri mijl., jum. Sup.	Un urs mai mic, care stă pe un ghețar ce se topește, stă pe labele din spate și își întoarce capul	6	D		A	TP orig. +
d	Dito 1)	Un băiețel minunat cu picioare, în frac cu o baghetă mare, dirijează cu o mână		D	K+	H	TP orig.+
d	partea stângă a piciorului inferior	Începutul unui peștisor și coada unei păsări		cont.? Dd	F+	Ad	
20,17							
IV	O	Blana unui animal, care este întinsă și este gata de tăbăcit, pentru a fi transformată într-o blană pentru o doamnă elegantă		G	F+	A	Ban.
c	O	O insectă urâtă, care coboară de pe ceva		DG	F+	A	
c	negru și cizme luminoase	Niște indieni cu podoabe din pene cu haine groase		D	K+	H	TP orig.+
c	stânga	Capul unui pudel		D	F+	Ad	
			10				
	drept sup. între a 1)	Un tip cu frunte și nas, băgat în ceva ca un leagăn de copii		Dim	F+	H	orig.+
a	mijl. stânga	O călugăriță ce se roagă		Dim	K+	H	orig.+
d	sup.	Un băiat cu o căciulă și ceva pe spate, acoperit cu o haină		D	K+	H	orig.+
d	sup. „cetate”	Tot un băiat ca din „frunzele ce zoară” din anii 1880		Dd	F+	Hd	

a toată partea sup.	Preparat mikroskopic din ceva organic	D	F- impr.	prparat	
între remif. sup. lat.	Tot un bărbat cu o umflătură la cap dar foarte neclare	Dim	F+	Hd	
20,25					
V. O	Fluture	G	F+	A	Ban.
d profil sup.la proemin. aripii sup.	Drac cu coarne, nas, frunte, mustață	Dd	F+	Hd	
d marginea aripii inf.	Față cu căciulă din blană de urs	Dd	F+	Hd	
	5				
c O	Un băiat (capul unui liliac), picioarele din spate, aici corpul are ceva mare pe spate	DG	B+	H	orig.+
d marg.aripii sup.	O vacă cu picioarele din față și coada, imaginativ	D	F-	Ad	orig-
20,30					
VI. O	Tot blana unui animal cu coadă, mustață	G	F+	A	Ban.
Vârf sup.	Cap asemănător unei broaște țestoase	Dd	F+	Ad	
Partea inf.a aripii sup.	Un fel de drac cu nas ciudat, coarne care râde urât	Dd	F+	Hd	orig.+
b margine albă lângă prelung. sup.	O față, nas, frunte, gât	D	F+	Hd	
20,35					
VII. O	Un fel de coloană vertebrală	G	F-	anat.	
Treimea Dreapta mijl.	Un animal imaginar, nas, ochi, barbă, cu corn;animalul este amabil și asta este enervant	D	F+	Ad	Ban.
	4				
d sup.	Un câine superb	D	F+	A	
d partea sup. a treimii inf.	Un alt câine, aici se vede doar o parte din el, pudel	D	F+	A	
20,39					
VIII lat.	Un animal, asemăntor cameleonului	D	F+	A	Ban.
b. roșu și galben mijl.	Capul unei vite grotești din epoca geologică, cu ochi (+)și coarne (++)	D	F+	Ad	
a parte mică la conturul stâng al griului	Un vierme se urcă pe ceva	Dd	F+	A	orig.+
	5				

	O	Totul poate fi un preparat organic miscroscopic		G	FC	preparat	
c. prelung. lat a portocaliului		Cap de tekel, aici îi atârnă urechile și îi cad peste ochi		Dd	F+	Ad	
20,43 ½							
IX.		Este drăguț					
c	O	O insectă ciudată (roșu), cap cu ochi (medial) și o pereche de picioare (lat.)și aripi (verde) și coadă (maro)		G	F±	A	orig.+
a	maro	Niște băieți cu căciuli și mustață, stau pe partea verde și țin în mână ceva asemănător unor coarne de cerb		D	K+	H	
			6				
d	între maro și verde	Un cap de capră, ochi, cap, nas, mustață		D	F+	Ad	Ban.
b	linie mijl.	Un pește ciudat, cap și bot (roșu) corp lung		D	F+	A	orig.+
a	stânga, mijl. inf.	Capul unui bărbat cu șapcă (+), nas, barbă și gât		Dim	F+	Hd	orig.+
20,50							
X.	gri sus.	Niște animale foarte ciudate, care se luptă între ele		D	F+	A	
	verde sus	Încă niște animale, asemănătoare oilor, dar oile nu sar ca acestea		critică obiectivă D	F+	A	
Sus, mijl. 1)		Un animal, o căpușă de apă, corp, picioare din față (+), cap (o)		Dim	F+	A	orig.+
mijloc verde		Un animal, ca o capră, cu ochi, nas și coarne		D	F+	Ad	
c	O	Totul, formă și culoare împreună, au un efect ca un preparat organic	9	G	CF	preparat	
c. contur median mijl., roșu 2)		Niște bărbați		Dd	F+	Hd	
c. albastru mijloc		Niște păsări fără pene, eventual niște pui de găină, care se bat		D	F+	A	
c. contur lateral mijl., roșu 3)		Un profil		Dd	F+	Hd	
c. gri mijl. 4)		Profilul unor draci cu coarne (+), nas mare(++) și barbă(o)		D	F+	Hd	TP orig.+

Calculare: răsp= 67, timp= 57 min (3+/27)

G=11 (8+) (2 DG+)	B= 9 (+)	H=10	obj.=1
D= 30 (DimD)	KFClob+1= 1	Hd=17	peşteră=1
Dd=16	F=53 (3 -, 1 impr)	A=21	
Dim = 9	(2±)	Ad=13	Ban = 6 (7?)
Do = înclinaţie	FC= 1(FC+)	anat.=1	orig= 19 (1-)
	FC = 1 (+)	preparat=3	(6 TP+)
	CF = 2		

F+=92%, A=51%, (Hd=25%), Ban.=9% (11%?), orig.=28 % (+_+)
TP=G-D-Dd-Dim, succ.= aerisit, TRI = 10:2 ½

Critica obj. – şoc culoare (nicio K II, succ.VIII, obs. IX, succ.X) – 1 contaminare? (III)

- perseveraţii (draci, preparat microscopic, coarne) – perseveraţie perceptivă – stereotipie – 2 răsp.E Q – inhibiţe structurală?

Evaluare: Inteligenţă ridicată (F+%, G+, T%, orig %, K), practic (TP, A:Ad, orig. D), dar totuşi ceva străin (Ban%, orig %, orig-). Autocritică originală (K, Dim orig)

Prelucrare calitativă (răsp.,timp, F+%) cu ambiţie calitativă (răsp., Dd). Conştiinţă pedantică (Dd, Do)

Înclinaţii tehnice şi artistice (G+, 2 constructiv DG+, F+%, DB, orig%, Ban%, Dd) (răsp. B, F+%, succ., orig%, A%, Ban%, KFClob)

Afectivitate adaptată, labilă, spre exterior (TRI, F+%, G+) şi nevrotică (şoccromatic) şi inhibiţie depresivă (F+, Dd, tendinţă, HD:H)

Depresie psihogenă uşoară (F+%, Dd, tendinţă Do, Hd: H) inhibiţie a agresivităţii (Dim, K,F+%, G+, coarne)

Constituţie ixotimă (nr. răsp, timp, perseverenţă, perseverenţă perceptuală, DG, inhibişe structurală?)

Nr. 7 *Artist*

Director de şcoală, 58 ani, cu înclinaţii artistice: scrie, desenează, sculptează şi modelează (sculpturi de tip umoristic), cântă şi iubeşte animalele (2T ca TP orig +)

Protocol

11,14 – 12,04

I. negru în mijloc,	Parte a corpului unei fetiţe	D	F+	Hd
O	Radiografie a unei părţi a coloanei vertebrale	G	FClob.+ FC	anat.

4

Tot mij.		O femeie foarte grasă, fără cap, cu mâinile ridicate		D	K+	H	
Lat. jum. sup.		Capete și câini sălbatici		D	F+	Ad	
II.	O	Totul: doi omuleți care își pun mâna dreaptă peste mâna stângă, stau pe genunchi		G	K+	H	Ban.
			2				
Negru		Negrul îmi aduce aminte de doi câini, rasa boxer		D	F+	Ad	
III.	O	Doi domni slab pornografici (datorită penisului), care țin în mână un burete de baie și sunt tandri unul cu altul		G	K+	H	Ban.
roșu		Decorațiile roșii nu îmi spun nimic nu sunt suprarealist	2	șocul de roșu			
c	O	Două femei frumoase și slabe întoarse cu spatele (supărate)doar partea de sus a corpului		G	K+	Hd	
IV. c	O	Un monstru ce zboară, dracul, care întoarce spatele		G	K+	H	orig.+
			2				
	O	Un troll de munte		G	K+	H	
V. c	O	Un fluture		G	F+	A	Ban.
			2				
	O	Pasăre răpitoare		G	F+	A	
VI.	O	Două profile grotești, care scot limba		G	F+	Hd	orig.+
Negru		Piesă strunjită		D	F+	obj.	
Partea inf. a conturului lat.		Profilul unui profesor, cu o gură tipică		D	F+	Md	orig.+
			6				
Prelung. Sup.		Un înger cu brațele întinse cu aripile atârnând		D	K+	H	orig.+
dito		Sau o larvă în stadiu de nimfă		D	F+	A	
c	O	Câteva profile grotești amuzante cu expresie religioasă, îi curge nasul		G	F+	Hd	
VII.	O	Două femei cu atitudine afectivă, dar în contact una cu alta		G	K+	H	
c	O	Două fete amuzante, care dansează bumbs-daisy. Nu se pot împinge datorită coafurii		G	K+	H	
c. treimea mijl.		Două capete amuzante de animale un amestec între tapir și elefant	5	D	F+	Hd	Ban.

Dito	Pot fi și capete de troli a la Bauer (elvețian)	D	F+	Hd	Ban.
c acum treimea sup.	Un fluture drăguț	D	F+	A	Ban.
VIII. lat.	Două animale de pradă, îmi aduce aminte de diavolul tazmanian	D	F+	A	Ban.
Gri și linia de mijl.	Care se urcă pe un copac ciudat	D	F+	Pl.	
Mijl. Albastru	Parte a bazinului la schelet cu coloană vertebrală	D	F+	anat.	
c. între lat. și mijl.	Harpiile de la Notre Dame	Dim	F+	arch	orig.
	8				
c albastru	Din nou un fluture	D	F+	A	
c. albastru cu prelung. jos	Buruiană din pădure ce crește, mai degrabă datorită culorii	A	CF	Pl.	
c. lat.	Două animale iudate, ca niște păsări cu cap subțire	D	F+	A	TP orig.
c. doar portocaliu	Formațiuni înghețate, care amintesc de Niagara	Dd	Clob. F FC	gheață	orig.+
IX c. părțile sup.	Un fruct cu capsulă	Dim	F+	Pl.	orig.
Roșu + mijl.	Citat dintr-o carte de Kohl: „își vedea creierul ca o floare pe tulpina lungă a coloanei vertebrale.	D	F-	citat	ind.-
c. maro fără proem.	Două figuri ce stau în genunchi cu peruci	Dd	K	H	orig.+
c. intregul maro	Două figuri cu frunte înaltă, într-o poziție politicoasă se înclină una la alta	D	K+	Hd	orig.+
	10				
c. roșu între linii verzi	Din nori apar niște mâini care se pun pe părțile albastre	Dd	F+	Hd	
c. roșu, pătrime medială cu prelung. Inf.	Figură grotească, cu ochi, cu cap și picioare scurte, pantaloni albaștrii, mâinile lăsate în jos.	Dd	K+	H	orig.+
Între maro și verde	Un cap de elan foarte bine modelat	D	F+	Hd	Ban.
c. închis medial în verde și albastru	Două cetățene germane din anii 1650 cu coafură albastră	D	F+	Hd	
a O	Un foarte frumos ornament	G	CF	orn.	
X. verde mijloc	Un iepuraș de Paști drăguț	D	F+	A	Ban.
Gri lat.	O insectă de apă ciudată	D	F-	A	
Albastru lat.	Două animale ciudate, ce seamănă cu meduzele	D	F+	A	Ban.

Gri mijl.	O caricatură a lui JOhannes Fonss (actor de film)		D	F+	Hd	
Roșu, sus	Niște profile idioate		D	F+	Hd	
c. mijl.+gri mijl.	Un evantai frumos cu coadă	11	Dim	TP FC+	obj.	orig.+
c. doar partea de mijl.	Ca o față		Dim	F+	Hd	
c. albastru mijl.	Doi fluturi (băieți), capetele unul peste celălalt		D	F+	A	
c. galben mijl.	Doi câini cu cap mare lăsat în jos, din C.H.Andersen „brichetă"		D	F+	A	orig.+
c. verde mijloc	Niște capete de curci cu piaptăn		D	F+	Ad	orig.+
c. verde mijloc	Un bărbat mic		Dd	Kmic	K	orig.+

Calculare: răsp.= 52 , timp= 50 min

G=13 (11+)	K=13(+) Kmic=1(+)	M=12	obj.=2	Ban.=10
D=29	F=33 (2-)	Hd=11	arch=1	orig=17 (17)(+)
Dd=6	FC = 3(1 Dim[FC]+)	A=12	orn.=1 (1 ind.	
Dim=3	(1FClob + 1ClobF)	Ad=6	gheață=1	3TP)
Ddim=1	Cf=2	anat.=2	citat=1	
			Pl.=3	

F+=94%, A=35%, Ban.=19%, orig=33% (+)
TP=G-D-(Dd-Dim), succ.=aerisit, TRI=14:2

Șoc cromatic supracompensat (obs III, 1 anat. IX) –șoc la roșu (obs.III) – supracompensat (doar 2 răsp. IV, succ. I și VI)- 1 fenomen de ruptură (VIII) -1 contopirea figură - fond (X) – 1 răspuns complexual oral (VI)

Un test –Bero aplicat cu trei ani în urmă arată că:

Calculare răsp.=89 timp=64min*:*

G= 13 (11+) (1DG-, 6 Gim+, 3 ZwG)	K=14 (1-)	H=23	orn.=1
	Kmic= 6(+)	Hd= 23	nori =1
	F= 53 (4-)	A=20	valuri= 1
D= 48 (3 DimD, 2 DdimD)	F(C) = 14 → (2 GimF[C]+	Ad.=8	
	FC = 2(+) (3 DimDF[C]) +	anat.=3	Ban.=6
Dd =13 (2 DdimDd)	CF=4 (2DdimDF[C])+	pl. = 1	orig.= 39 (+)
Dim=9	(2 DdimDdF[F]+	N=2	(17 TP
Ddim= 3	(4 DimF[C])+	obj.=5	3 ind.
Do = 3	(1 F[C]+	pod= 1	

F+=92%, A=31%, Ban.=7%, orig.=44% (±)
TP=G-D-Dd-Dim-(Do), succ.= foarte aerisită, TRI= 14:5

Șoc cromatic supracompensat (III, VIII) – șoc cromatic pronunțat (IV-VII) – 1 combinație simultană – 10 contopiri figură-fond (I,II,III)

Acest protocol –Bero este o certitudine a stabilității testului. Subiectul a recunoscut că nu a înțeles regulile jocului, neînțelegând că trebuie să dea cât de multe interpretări posibile părților negre și albe. Acest aspect a influențat doar producția interpretărilor de umbrire și contopirea figură-fond

Evaluare: Inteligență foarte bună cu înclinații artistice (răsp.,F+%,G+,TP, succ., A%, orig%, K, contopiri)

Practic (TP, A: Ad, orig nenumărate, D și Dd)

Înclinații literare (orig de prelucrare)

Afectivitate labilă cu inhibiție afectivă (proporție inversă între F+% și culori, valori cromatice crescute, șocuri, aproape nici G la VIII-X)

În urma inhibiției agresivității a dezvoltat o depresie psihogenă (Dim, K,G+)

Tipuri de constituții

Nr. 8 *Ixotimie*

Arhitect și jurnalist, cultivat și inteligent, 48 ani, hipersociabil. Mereu prietenos și săritor, fidel și abordabil. Deosebit de interesat de întrbări legate de dietă.

Protocol 1

15,04 – 15,18 – 15,29

I.	O	Scheletul din partea de jos		G	F-	anat.
			2			
c	O	Transparent ca o radiografie		G	FC	anat.
		Acest lucru este foarte simetric			simetrie	
II. Roșu sub		Un rac	1	DdD	FC+	A
		Este același lucru, dar simetric		simetrie		
III. Negru mijloc		Ceva cu sistemul osos		D	F-impr.	anat.
			1			
		Toate sunt simetrice la formă și la culoare		simetrie		
IV.		Este același lucru cu simetria		simetrie		

	O	Așa o piele, care este atârnată		G	F+	A	Ban
			2				
	O	Un fel de animal de apă, o meduză		G	F-	A	
V.		Același lucru, este simetric		simetrie			
			1				
	O	Ar putea fi un liliac și totuși nu este		G	F+	A	B
VI.		Simetria este din nou aceeași		simetrie			
			1				
	O	O insectă mărită		G	F+	A	
VII.							
		Acesta este din nou același lucru cu simetria		simetrie			
		Renunțare	-	-	-	-	
VIII. b. lat. sub.		Este același lucru cu simetria		simetrie			
		Un animal care se cațără de		D	F+	A	Ban.
			2				
Gri și albastru		Ceva dintr-un schelet, dar nu pot spune ce ar putea fi		D	F-impr.	anat.	
IX.		Simetria nu se potrivește, este ceva cu culori, care sunt neorganizate		simetrie			
			1				
Linie mijl.		Ce poate fi? Tot ceva cu formarea oaselor ceva cu coloana vertebrală		D	F-	anat.	
X.		Simetria este aceeași, dar este mai aerisită		simetrie			
		Din asta nu pot deveni mai deștept	-	-	-	-	

Cotare::		Răsp=11,	timp=25 min (14/11)	
G=6 (3+)	B=0 din care	H=0	anat=5	Ban =3
D=5 (1DdD)	F=9 (5-,2impr.)	Hd=0		orig.=0
	F(C)=1 (clop F)	A=6		
	FC=1 (+)	Ad=0		

F+=44% (anat.), A=55% (anat=45%), Ban=27%, orig=0%
TP=G-D, succ.=?, TRI=0: ½

Două renunțări (VII, X) – șoc cromatic (TP și forma III, TP și forma IX, renunț. X) – șoc la negru? (forma I, renunț. VII) – fenomen de ruptură? (IV) – simetrie (I-X) – stereotipie anatomică – perseverație – 1 negare (V)

Același subiect după 8 ani:

Protocol 2 (Roschach)
10,45 - 10, 50 ½ - 10,58

I.	O	Parte de os a șoldului		G	F-	anat.	
			2				
	O	Liliac imaginar		G	F+	A	Ban.
10,46							
II. roșu		Ca racii		Dd	FC+	A	
			1				
		Mai mult nu știu					
10,47							
III. negru mijl.		Din nou același, oase din coloana vertebrală	1	D	F+	anat.	
10,48 ½							
IV.	O	Pentru început o blană, jupuită, și întinsă	1	G	F+	A	Ban.
		Un animal exact, nu aș putea spune					
10,49							
V.	O	Un liliac		G	F+	A	Ban.
			2				
	O	Sau o insectă		G	F+	A	
10,50 ½							
VI.	O	Un fel de blană, întinsă	1	G	F+	A	Ban.
10,51 ½							
VII.	O	Ceva fantastic, dacă este cu adevărat ceva, trebuie s fie un os, ceva aici jos la șold	1	G	F-	anat.	
10,53							
VIII. mijl. albastru		Os de pește		D	F+	Ad	
Lat.		Animale, nu hiene, ceva animale de pradă	3	D	F+	A	Ban.
Roșu mijl.		Partea de jos poate fi un fluture		D	FC+	A	
10,55							
IX.prelung. maro		Ceva de genul racului sau crab		Dd	FC+	A	
			2				
	O	Totul pare un fragment de os din coloana vertebrală		DG	F-	anat.	
10,56							
X.		Este foarte împărțit					

Albastru lat.	Corali	D	F+	A
Gri mijl.	Fragmente de oase	D	F-	anat.
	4			
albastru mijl.	Și asta	D	F-	anat.
verde mijl.	Asta la fel	D	F-	anat.

Cotare: răsp.=18, timp =13 min (5 ½ / 7 ½)

G= 8(5+) (1 DG-)	K=0	H=0	anat.=7 (6-)	Ban.= 5
D= 9(1 DdD)	F= 15(6-)	Hd=0	orig.=0	
Dd=1	FC=3 (+)	A=10		
		Ad=1		

F+= 60%, A=61% (anat.=39%), Ban.=28%, orig=0%
TP=G-D, succ.= ordonată, TRI= 0:1 ½

Șoc cromatic (TP și obs, II, TRI.III, 1 răspVIII, succ.IX,obs.X?) –

(1.răsp. I, obs și formă VII) – fenomen de ruptură?(IV) – perseverație (2x raci)+ stereotipie anatomică cu perseverație

(7x os) + adăug. La temă (animal marin: crab, corali) – 1 negare (VIII)

Evaluare: Inhibiție intelectivă depresivă (A%, orig.%, K) și nevrotică (G±, F+%, anat.). Inteligența nativă bună nu mai reiese din aceste protocoale din cauza stereotipiei anatomice.

Afectivitate normală, adaptată; al doilea protocol arată la ixotimi fenomenul tipic, prin care în ciuda simptomelor nevrotice, valorile cromatice sunt stabile (aderența afectivă). O anumită nesiguranță reiese din ambele protocoale prin negare și prin căutarea simetriei în expresie.

Trăsături nevrotice (șocuri), probabil nevroză caracterială cu o tulburare de comunicare (0 H, nesiguranță) și o depresie ușoară (răsp, în primul protocol și timpul, A%, orig%, K) ipohondrie (anat.) la o perfectă ixotimie exprimată (aproape ixodie). Deși inhibiția intelectuală la ixotimi apare foarte rar, ar putea fi un exemplu instructiv, fiindcă arată cum diferite tipuri ale sindromului ixotimiei pot fi vicariante, înlocuindu-se unele cu altele: în primul protocol accentuarea stereotipiei simetriei, și stereotipia anatomică, în al doilea protocol stereotipie anatomică cu perseverații.

Nevrozele

Nr.9 *Nevroză anxioasă*

Funcționară comercială, 27 ani, a fost trimisă de șeful ei la control psihologic, din cauza axietății. Se temea că nu face față cerințelor de la locul de muncă.

Protocol

18,28 – 18,43 – 19,01

I.	O	Un liliac	G	F-	A	Ban.
		Să spun detalii?				
	O	Poate fi și un schelet	G	F-	anat.	
Con mijl. sup.		Arată ca o foarfecă	Do	F+	Ad	
		4				
		Găuri, acolo, nu știu ce reprezintă	șoc de alb			
Tot mijl.		Un corp de pasăre	D(Do)	F+	A	
18,31						
II. roșu sup.		Acelea roșii, reprezintă sângele?	D	C	sânge	
		2				
Negru		O piele de animal sfâșiată	D	F±	A	
18,33						
III.		De aici ne putem face mai greu o reprezentare				
picioare		Un fel de clește de rac	Do	F+	Ad	
		Și aici e împărțit	simetrie			
Trunchi		Cred că este un fragment dintr-un animal	D	F-	Ad	
		4				
gât		Este un gât de pasăre	Do	F+	Ad	
roșu ext.		Acestea roșii sunt pete de sânge de la tăieturi	D	CF	sânge	
		Merge rău, nu-i așa?	Critică subiectivă			
18,37						
IV.		Aceasta se vede de sus	D	CF	sânge	
Tot mijl.		Aceasta de aici arată ca un spate				
	O	O blană de animal	G	F+	A	Ban.
		4				
	O	Poate fi și un cap de animal,	G	F±	Ad	
		Dar botul este prea scurt	critică subiectivă			

	O	O plantă nu poate să fie		G	F±	Pl.	
		Trebuie să spun ceea ce cred, oricât de prostesc ar fi		autocritică			
18,40							
V.		Totul este așa simetric		simetrie			
		Probabil este ceva, ce este împărțit la jumătate					
			1				
	O	Semințe de tei, care se pun pe nas		G	F+	Pl.	orig.+
		Dar au marginile neregulate		critica obiectivului			
18,43							
VI.		Aș vrea să știu dacă totul prezintă ceva, eu cred că este imaginație Este greu de zis		șoc la negru			
	O	Nu pot spune că totul arată ca niște piei de animale		G Do	F+	A	Ban.
Linii la vârful sup.		Acestea pot fi antene	3	Dd	F+	Ad	
		Și acesta e împărțit la doi		simetrie			
c	O	Nu poate fi o frunză		G	F+	Pl.	
		Imaginația îmi joacă feste		autocritică			
18,48							
VII.	O	Acestea arată ca…, nu, pot fi nori		G	Clob.F F(C)	nori	
		Acolo nu există așa ceva (negru mijloc)	1	critica obiectivului			
		Este ceva împărțit		simetrie			
		Este fără speranță, nu?		autocritică			
18,51							
VIII. lat.		Arată ca un animal, ce se cațără, dar totuși nu poate fi		D	F+	A	Ban.
albastru		Arată a apă și animalul merge deasupra		D	C	apă	
			3				
c. roșu mijl.		Arată ca un fluture		D	CF+	A	
		Totul este din nou simetric		simetrie			
18,54							
IX.		Merge rău, nu-i așa?		autocritică			
		Arată ca o vază		Dim	F+	obj.	
Verde		Pot fi intestine	3	D	CF	anat.	

Linie mijl.	Poate fi un os într-un corp Poate fi așa de multe	D	F-	anat.	
18,58 X. gri mijloc	O venă	D	F-	anat.	orig.-
2 Roșu ext.	O păpușă	D	F+	A	

Cotare:

			răsp.=27	timp=33 min (15/18)
G=9 (6 ½ +)	K=0		H=0	obj.=1Ban.=4
D=13	F=21 (5-,2±)	Hd=0	nori=1	orig.=2 (1-)
Dd=1	F(C)=1 (ClobF)	A=8	apă=1	
Dim=1	FC=1 (+)	Ad=7	sânge=2	
Do = 3 (negare	CF = 2	anat.=4		
		C=2	Pl.=3	

F+=71%, A=56%, (anat=15%), Ban=15%, orig.=7% (±)
TP.=G-D-Do,succ.=aranj. cu neg. la inversare,TRI=0:5 ½

Conștiință diminuată – critică de sine și a obiectului – șoc culoare (sânge II, obs și sânge III, obs și 1 răsp IX, 1 răsp X) –

Șoc la negru (succ. IV, sim., Ban, obs VI, obs VII) – fenomen de ruptură (VIII) – șoc la alb (I) – simetrie (II,III,V, VI, VII,VIII) – 5 neg. (IV, VI 2x,VII,VIII), răsp. Cu formă interog (II) – preseverație ușoară

Evaluare:

Inteligență medie bună, (F+%, succ,G+, TP, A%, Ban%, Orig%) neproductivă (K) dar de ajuns pentru munca ei. Inhibiție intelectuală nevrotică anxioasă. (F+%,A%, anat, orig-, Do). Afectivitate predominant labil-impulsivă cu contact afectiv redus, autocontrol redus,. Infantilism (amintiri din copilărie ca orig+ la Ban.). tulburări nevrotice de comunicare (0H). nesigurață anxioasă puternică (critică, negare, răsp. în formă interog). Constituție psihastenică (constituție corporală displastică)(șoc la negru și color, autocritică și critica obiect., simetrie, negare, formă interog.) a dezvoltat nevroză de caracter de tip nimfomanie: renunțare inconștientă la rolul feminin (șoc la alb)+ creșterea libidoului (TRI, tip cromatic). Ca urmare a unui blocaj al libidoului (iritație ,frustrare, ca urmare a necunoașterii nici unui mijloc de contracepție a ajuns la o nevroză anxioasă acută (culori + șoc la negru sânge II și III, ClobF, Do, simetrie+2 C pur). Baza constituțională amestecată cu componente ixotime (accentuarea stereotipă a simetriei, perseverație ușoară).

Explorareaa: pacienta are o structură corporală deosebit de displastică (creștere eunucoidă). Susține că este „foarte impulsivă" și nu își poate păstra partenerii. Fiindcă metodele anticoncepționale moderne nu îi sunt cunoscute, se practică coitus interruptus. Pentru ea aceasta nu este o soluție, ci un factor de anxietate. În afară de anxietate situațională

(îi e greu să trăiască singură), se dezvoltă și o anxietate flotantă progresivă. Și la examinare dă dovadă, cu tot contactul psihic bun și oarecare încredere, semne manifeste corporale ale anxietății (tremor, transpirație etc.)

Nr. 10. *Isteria*

Casnică, 25 ani, mai demult funcționară comercială și îngrijitoare de copii. Pacienta a fost pusă sub observație în urma unui avort provocat, pe care ea totuși îl neagă.

Protocol

18,36 - 18,41 – 18,48 ½

I.	O	Liliac	1	G	F+	A	Ban.
18,37							
II.		(dă din cap) renunțare	-	-	-	-	
18,38 ½							
III.	O	Doi negri ce bat o tobă	1	G	K+	H	Ban.
18,39 ½							
IV.	O	Un animat sfâșiat, ca o blană pe jos	1	G	F+	A	Ban.
18,40 ½							
V.	O	Pentru mine este un fluture, mai mult nu pot să spun	1	G	F+	A	Ban.
18,41							
VI.	O	Mi se pare că este același lucru ca înainte, ce era sfâșiat (blană)	1	G	F+	A	Ban.
		Sunt pe ambele laturi la fel		simetrie			
18,42 ½							
VII.		Nu, este același lucru pe ambele părți		simetrie			
			1				
treimea sup.		Singurul lucru care ar putea fi partea de su, ar putea fi nori mici		D!	F(C)	nori	
18,44							
VIII. mijl. în albastru		Interiorul unui pește, os		D	F+	Ad	
			2				
c	O	Părți intrioare ale unui om		G	CF	anat.	
18,46							
IX.	O	Culori de floare		G	C	culoare	
Albastru lat.		Flori	3	D	CF	Pl.	
Galben lat.		și cele mici		D	CF	Pl.	

Cotare:			răsp = 12	timp=12 min (5/7 ½)
G=8 (50+)	K= 1 (+)	H=1	Pl=2	Ban=5
D=4	F=5	Hd=0	explozie=1	orig=0
	F(C)=1 (clobF)	A=4	nori=1	
	CF=4		anat=1	

F+=100%, A=42%, Ban=42%, orig=0%
TP=G-D, succ.- ușor relaxată, TRI=1:5 ½

1 renunț.(II) – șoc cromatic (renunț.II, 1răsp și succ. VIII, forme IX și IX) – simetrie

Evaluare: Inteligență medie bună (F+%, G+, A%, K) destul de banală (Ban.%, orig%). Percepe doar relațiile banale (toate G sunt Ban)

Afectivitate labil-impulsivă (culori). Depresie ușoară. Disforii (Clob), capricioasă (CF fără Dim.), o anumită nesiguranță (simetrie)

Depresie psihogenă (răsp, F+%: K, orig%, ClobF, D în loc de G la VII). Nevroză isterică simplă (renunț., culori, TRI, șoc cromatic, stereotipie). – în spatele blănurilor de animale sfâșiate se ascunde o teamă de cezariană, explicată eventual pe baza teoriei sexualității infantile inconștiente.

Diagnostic clinic: caracter isteric

Nr. 11 *Nevroză compulsivă*

Contabil, 37 ani

Protocol

8,51 – 9,05 – 9,26

I.	O	Liliac		G	F+	A	Ban.
	O	Poate fi și un fluture		G	F+	A	Ban.
Lat.		Niște urși ce dansează	4	D	K+	A	
Întreg mijl.		Pare a fi un om care stă		D	K+	H	
8,54							
II.	O	Pare a fi un fluture		G	F+	A	
Negru		Doi câini (întreg.)		D	F+	A	
Ciuperci negre		O ciupercă, o săgeată întreagă		D	F+	obj.	
			6				
ram.		O veioză, la care îi lipsește suportul/ piciorul		Dim	F+	obj.	

Roșu sup.	Niște coarne		D	F+	Ad	
Între ram.	Un pahar fără fund		Dim	F+	obj.	orig.+
8,58						
III. roșu m.	Văd o fundă		D	F+	obj.	
Poala rochiei	Un bot de câine	3	Dd	F+	Ad	
Picioare	Picioare cu un papuc		Do	F+	Hd	
9,00						
IV. O	O piele de animal		G	F+	A	Ban.
	Nu este ușor să mai văd și altceva	2	șoc de întuneric			
O	Un animal are care sare după pradă		G	K+	A	
9,02						
V. O	Este din nou un liliac		G	F+	A	Ban.
Cap care este tăiat	Un suport pentru un copac		D	F+	obj.	orig.+
întreg mijl.	Un iepure	5	Dd	F+	A	
marg. Aripii sup.	O față cu barbă		D	F+	Hd	
ramif.lat. groase	Tot un picior fără labă		Do	F+	Hd	
9,05						
VI. O	Aici văd și eu o piele de animal		G	F+	A	Ban.
Negru	Un săgetător		D	F+	obj.	
Partea inf.	Un bot cu dinți		Dd	F+	Ad	
		6				
Soclu	Picior peste o statuie		D	F+	obj.	
Linie de mijl. inf. și gri deschis	Un fruct, o banană sau un castravete care este tăiat		Dd	F+	Pl.	orig.+
Contur lat. inf	Tot o față		D	F+	Hd	
9,09						
VII. Treimea de mijl.	Niște bărbați urâți		D	F+	Hd	Ban.
ramif.	O coajă sau un pahar sau așa ceva		Dim	F+	obj.	
		4				
Treimea sup.	Coada unui animal cu parte dorsală a unui câine sau a unei vulpi		DdD	F+	Ad	
Treimea inf.	Fragmente ale unor fețe, botul unei pisici (decupajele=ochii), aici decupat		D!	F+	Ad	TP orig.+
9,12						
IX	Un biban aici pe fiecare parte		D	F+	A	Ban.
Roșu mijl.	O frunză de floare, aici		D	CF	Pl.	
		4				
Albastru	Scheletul unui animal, albul de aici		Dim	F+	anat.	

Gri	Rădăcina unui copac mare	D	F+	Pl.	
9,16					
IX	Văd o ceașcă, un pahar	Dim	F+	obj.	
Dito	Poate fi un fel de fântână arteziană cu stropitoare	Dim	F+	Fontaine	
Maro, partea sup.	Un animal țepos cu bot îngust	Dd	F-	A	
	6				
	Poate fi și un instrument muzical, o vioară	Dim	F+	obj.	
Roșu	O parte a unei flori mari frumoase	D	CF	Pl.	
Linie de mijl.	O creangă de brad, la care îi lipsesc țepii	D	FC+	Pl.	orig.+
9,21					
X. verde mijl.	Niște viermi	D	FC+	A	Ban.
Dito	Capul unui iepure	D	F+	Ad	Ban.
Albastru lat.	O sepie	D	F+	A	Ban.
Maro mijl.	Niște boabe, cireșe de ex.	D	FC+	Pl.	
Gri mijl.	O față cu ochi și barbă	Dd	F+	Hd	orig.+
	8				
Roșu mijl.	Aici tot un fluture , dar tot trunchiul a dispărut	D	CF	Ad	
gri mijl.	Poate fiun pahar înalt sau o vază de flori	Dd	F+	obj.	orig.+
albastru lat.	O rădăcină de copac	D	F+	Pl.	

Cotare: răsp=48 timp= 35 min (14/21)

G=7 (+)	K=3 (+)	H=1	Pl=7	Ban.=10
D= 24 (1DdD)	F=39 (1-)	Hd=6	obj.=11	orig.=7 (+)
Dd=8	FC=3 (+)	A=14	Fontaine=1	(1 TP)
Dim=7	CF=3	Ad=7		
Do=2		anat.=1		

F+=97%, A=44%, Ban.= 21%, orig=15% (+)
TP=G-D-Dd-Dim, succ= ordonată, TRI= 3:4 ½

Șoc color (niciun G , DoIII,1 și 2 răsp.IX), șoc la negru (obs IV)-

Fenomen de ruptură (VIII – perseverații (4x pahare, 2x rădăcină) – 9 răsp. Complexuale

(5 orale: bot cu dinți VI pahar II,VII,IX,X,1 genital?: sprijin pentru copac V; 3 sadice: săgeată II, coarne II, animal ce sare pe pradăIV) + 8 interpretări cu defecte.

Evaluare: Inteligență medie spre bună (F+%, G+,TP, T%, Ban.%, orig%,K) prelucrare calitativă (răsp, timp, F+%)

Labilitate afectivă, adaptativă (culori), autocontrol, (K+,G+, F+%) cu predispoziții depresive ușoare (Dd,Do, Hd>H).

Nevroză compulsivă tipică (TRI, F+%, Do, Dim, K) agresivitate reprimată, anxietate de castrare (Dim:K, G+, F+%; răsp complexe).(8 răspunsuri sunt defecte,și anume, veioză, piciorului lipsește, pahar fără fund, picior la care îi lipsește laba/talpa, banană sau castravete tăiat, coadă și partea dorsală a animalului (anal); față tăiată de pisică, la care ți lipsesc acele, fluture fără trunchi

Probabil că există fixații în faza orală (răsp. complexuale). Dd curioase, tendință ușoară spre schizifrenie. Există baza psihastenică a nevrozei compulsive (culoare + șoc la negru + reținere la VIII)

*

Un psiholog cu studii de psihanaliză care a repetat testul după doi ani iar pe baza anamnezei pacientului a constatat următoarele:

Pacientul este al treilea dintre frați. Un frate înnecat (suicid?) tatăl se înfuria repede. Mama fusese internată 6 ani într-un ospiciu din cauza unei tulburări psihice paranoide (schizofrenie?). Acum are 72 ani și se află din nou în ospiciu.

Pacientul este căsătorit (căsnicie fericită) și este mulțumit de serviciu. Este foarte corect, pedant și meticulos în munca sa. Se neliniștește adesea dacă nu cumva a uitat să închidă ușile sau gazul etc.. Noaptea, relatează că „ stă ore întregi meditând la o mulțime de probleme".

În timpul discuției pacientul este rece, rigid și ușor suspicios. Funcționează raționalizat, blindat, nu se lasă deschis. Sub suprafața raționalizantă pare a fi însă chiar neliniștit.

Pacientul are obiceiul să critice pe alții și nu are prieteni adevărați. Are tendințe de intrigare. (vezi Dim și TRI).

Nr.12 *Nevroza falic-narcisică (tipul asocial)*

Funcționar,28 ani

Protocol

17,00 – 17,23 – 17,45

I.	O	Un fluture sau ceva asemănător	G	F+	A	Ban.
		1				
		Se poate deduce altceva?				
Coarne și proem. mediale		Sunt niște obiecte ciudate lacome	stupoare de complex?			

17,04							
II.		Acesta aici – aș spune……					
	O	Arată ca niște măsele (negru), roșul trebuie să fie rădăcina, dar nu pot fi sigur		G	CF	anat.	orig.+
negru mijloc		Vine ceva acolo ce tulbură delimitarea Este ceva oribil (spune încet, ușor afectat)		stupoare de simbol sexual			
			2				
d. (sup.) roșu exterior		Se pot înțelege o mulțime (Ca de ex?) capul unui omuleț (în Danemarca cu căciuliță roșie) care scoate limba		Do	FC+	Hd	
17,11							
III.	O	Niște schelete ce stau și nu știu ce vor		G	F+	anat.	
b. roșu		Sus în colț: un animal care se uită la coada lui	2	D	F+	A	
		Nu trebuie să mă uit mult la așa ceva până să înnebunesc					
17,15							
IV.	O	Aceste poze par a fi a unuia care înghite săbii, și o face aici în fața publicului		G	K+	H	orig.+
	O		2				
		Aici pot vedea un cap (sus) care ar putea semnifica un animal care a fost închis iar blana a fost folosită ca așternut de pat		DG	F+	A	
17,19							
V.	O	Dumnezeu știe, dacă văd câte un liliac, dar pot să îmi imaginez	2	G	F+	A	Ban.
		În rest nu este nimic pe baza căruia să îmi imaginez ceva					
c.conturul aripii stângi		O față, din profil, bărbia a dispărut		Dd	F+	Hd	
17,23							
VI.		(cu accentuare umoristică exteriorizată Afectiv) Este groaznic!					
	O	Aceasta este imaginea cum acela înghite sabia (râde)		conf. DG	K-	H	orig.-
			2				

prelung. sup.	Ar putea fi de fapt un cap, dar parcă nu se poate	D negare	F+	Hd	
17,26					
VII.	Da este doar o periferie – conținutul lipsește poate trebuie să îl aflăm singuri				
stânga, două treimi sup.	Acum veți cădea probabil de pe scaun: Ne putem imagina o hartă a Europei din era Terțiară?	D	F-	hartă	orig.
Treimea sup. dreaptă luminoasă	Sloi de gheață cu niște câini – pechinezi, nu, niște pinguini care stau în rând	Dd	F(C)+	N	orig.+
17,30					
VIII. O	Da, este oribil, ar putea fi o parte a toracelui	G	F-	Hd	
	2				
roșu lat.	Poate fi un urs polar – iar dacă trebuie să fie la fel pe ambele părți, are o expresivitate în ochi	D simetrie	F+	T	Ban.
17,33					
IX.	Ah, da - „explozie în lume, care pare a fi distrugătoare, pentru a umple pauza)				
Maro și verde	Acolo în interior, un cap de un anumit tip	D	F±	Ad	(Ban)
Prelung.maro d.	Ar putea fi ceva din insulele japoneze	Dd	F-	hartă	orig.-
c. verde	Verdele poate fi Rusia (râde), în lipsă de altceva	D	CF	hartă	
d.roșu(sus)	Ar putea fi un om din epoca de piatră, capul, ochii lăsați etc.	D	F+	Hd	Ban.
17,40					
X. gri mijloc	Nu știu, dacă ne putem gândi la doi demoni, care stau acolo sus	D	F-	H	
c.(sup.) contur interior, roșu stânga	Cu foarte multă imaginație ar putea fi figură de gorilă	Dd	F+	Ad	
	3				
b.contur închis, roșu inf.	Ar putea fi suprafața deșertului Sahara, așa dezolat pare. Nu am fost niciodată, dar asta îmi imaginez din ce am citit.	Dd	F-	hartă	orig.-

Cotare: răsp= 23 timp=45 min. (23/22)

G=8 (5+) (2 DG,1-)	K=2 (1-)	H=3	anat=2	Ban.=4/5?)
D=8	F=16(6-,1+)	Hd=5	N=1	orig.=7(4-)
Dd=6	F(C)=2 (1Fclob.+)	A=5	hartă=4 (-)	
Do=1	(1ClobF))	Ad=2	gheață=1	
	FC= 1(+)			
	CF=2			

F+=59%, A=30%, Ban=17% (22%?), orig=30% (±),
TP=G-D-Dd, succ.= ordonată, TRI= 2:2 ½

Șoc cromatic (1 răsp și obs. Și Do II, obs. III, obs și 1 răsp, VIII, obs IX, forme X?) șoc la negru, orig. – VI condiție compelxulă) – simetrie (VIII) – 1 confabulare (VI) – perseverare – 1 negație (IV) și 1 răsp în formă interogativă (VII) – stupoare la simbol sexual (vârf II, prelung VII) – 5 răsp. complexeuale (1 oral: omuleț ce scoate limba II; 2x complex de castrare: măsele cu rădăcină însângerată II, ghețar cu efect disturbator VII:2x reprezentări narcisiste, falic: cel ce înghite săbii IV și VI)

Evaluare: om inteligent (TP,TRI, A%, orig. %, K) superficial (F+%, G ±, K-, conf). În răspunsurile legate de hărți, răspunsuri căutate dar proaste, vrea să sară în evidență cu nște cunoștințe pe care de fapt nu le are, la fel și în cazul celor două răspunsuri cu omul ce înghite săbii în fața unui public. Al doilea răspuns privind omul ce înghite săbii, este o confabulare.

Labilitate afectivă predominantă (tip color), necontrolată (K-, G±, F+%). Este un exemplu concludent privind nevroza dev caracter falic-narcisic a lui REICH de tip patologic (asocial-homosexual) (TRI, șoc cromatic, CF, TP, înmulțirea Dd, kinestezii de extensie, răsp. complexuale, reprezentări narcisice)

Predominant extratensiv, dar cu afectivitate egocentrică și nevrotică. Generos (G) dar în același timp agresivitate falică și anală (Dd!). Negarea cunnilingus și fellatio se vede din răspunsurile complexualee orale și prin singurul răspuns FC: contactul afectiv este oral-pervers. Homosexualitatea se poate deduce din complexul de castrare (măsele II și stupoare la vârful II, dificultăți condiționate de complexe I (penis), ghețarul „perturbator" și simbolul penisului din VII. În fundal apare o nesiguranță (negație, simetrie, Do) și disforii (Clob. F, gheață), formația reacțională la identificări feminine și pasivitate, exact cum susținea REICH.

Istoria bolnavului: Bărbat, 28 ani, necăsătorit. Dispoziție ereditară necunoscută. Fiu de țăran. Tatăl decedat, de când pacientul avea 2 ani. Mama s-a recăsătorit iar pacientul a fost crescut de bunicii paternali, care îl răsfățau.

În școala primară a fost un elev bun, fiind premiant. La 15 -17 ani agricultor, mai târziu muncitor în fabrică, apoi funcționar comercial. Din 1939 nu are loc de muncă. A

avut mereu o pasiune pentru meseria de profesor. A reușit să fie suplinitor la câteva școli, predând nu doar în limba maternă ci și în engleză și franceză .

Viața sexuală: la 15 ani a fost surprins de o mătușă masturbându-se. Mătușa l-a speriat că poate suferi de paralizie (de aici renunțarea compulsivă puternică la aspectele genitale și exhibiționiste). După acest incident onania a fost reprimată timp de 2 luni. Primul Coitus la 14 ani cu o colegă de școală experimentată. Mai târziu nenumărate relații sexuale, viață sexuală activă. O perioadă a avut o relație cu o femeie de 50 ani care făcea meditații cu el și îl plătea pentru prestația sexuală. Mai târziu a avut o relație similară cu femeie de 32 de ani, tot contra cost. Nu a avut probleme de potență.

Din cauza înșelăciunilor, deturnărilor și puseelor de furie a fost internat cu diagnosticul de psihopatie. A făcut avansuri unor băieți (homosexualitate manifestă). Și pe parcursul internării au fost observate atacuri homosexuale.

Somatic: nimic anormal

Psihic: politicos și amabil. Autoironie, tendință de exagerare, caută să pară interesant. Clar și organizat, nu are halucinații. Nesiguranță de sine.

Nr. 13 *Pseudodebilitate nevrotică*

Vânzătoare, 18 ani.

Protocol

16,48 – 16, 52 – 16,55 ½

I.	O	Liliac		G	F+	A	Ban.
c	O	Rac (arată coarnele)		DG	F-	A	
16,48 ½							
II.		Acesta? Nu e nimic. Trebuie să fie ceva?	1				
	O	Pete		G	CF	pete	
16,49							
III.	O	Un păianjen, un păianjen cu cruce		G	F+	A	orig.+
c	O	O fantomă (cap: negru mijl.)		G	K+	Hd	orig.+
16,50							
IV.	c	Nu știu (dă din cap)					
16,51							
V.	O	Este tot un liliac	1	G	F+	A	Ban.
16,52							
VI.		Doamne Dumnezeule, nu știu!					

16,53							
VII.		Devine tot mai rău Nu aveți voie s spuneți ce înseamnă?					
16,53 ½							
VIII. c. lat.		Ca niște urși		D	F+	A	Ban.
			1				
		Celălalt, nu știu					
16,54 ½							
IX		Mai sunt multe? Doamne!					
16,55							
X	O	Pete întinse, nu e o imagine	1	G	CF	pată	

Cotare:		răsp. =8	timp =7 ½ min (4/3 ½)	
G= 7 (4+)	K=1 (+)	H=0	Ban=3	RI=4
D=1	F=5 (1-)	Hd=1	orig= 2(+)	
	FC=2	A=5		
		Ad=0		
		Pete=2		

F+=80%, A=63%, Ban.38%, orig= 25 % (+)
TP=G±, succ. =? TRI = 1:2

4 renunț. (IV, VI, VII, IX) - conștiința interpretativă diminuată (obs. Și forma II, renunț IX, form+ X) – șoc la negru (renunț. IV, VI,VII) – fenomen de ruptură (VIII)

Evaluare: Răspunsurile puține, DG-, TRI și A% ridicat pot fi întâlnite la oligofrenie, dacă nu ar interveni atât de mulți factori contrari: F+% ridicat , 4 G+, TP, Ban. Bune și 2 orig+.

Labilitate afectivă (culori; F+%, G+%, K) cu inhibiție nevrotică (șocuri).

Pseudodebilitate la o nevroză iserică, pe fundal constituțional psihastenic (TRI, culori, șocuri de culori foarte puternice)

Clinic: La expertiza clinică s-au constatat carențe intelectuale și infantilism. Pacienta a fost 9 ani la școala normală, a fost o elevă de nive mediu. După diverse ocupații, a intrat în comerț. Enuresis până în perioada școlară, fără pavor nocturn. A supt degetul până în clasa a 8-a. Este foarte atașată de mamă, dar era mândria tatălui, care se înfuria des pe sora cea mare. Pacienta se înțelege mai bine cu cei 2 frați decât cu sora mai mare.

Menstruație la 16 ani, neregulată...

Depresie ușoară. Pseudodebilitate, legată de dezvoltarea nevrozei. (atașamentul față de tatăl, care este îndrăgostit de fiica lui.)

WECHSLER IQ: Partea verbală: 81, partea de performanță: 75, total: 77 (prof. Dr. Hans Heiman). Profil caracteristic pseudodebilității, cu rezultate medii privind înțelegerea generală, găsirea de asemănări, testul Mozaic, care arată o capacitate intelectuală mai mare decât reiese la IQ. Resultat final teste: intelect de limită spre debilitate.

Psihopatiile

Nr. 14 *Psihopatie instabilă (mitomanie)*

Fost funcționar bancar, 40 ani.

Protocol

11,00 – 11,14 – 11,40

I.	O	Un fluture de noapte		G	F+	A	
c. negru mijl.		O figură budistă	3	D	K+	H	orig.+
c	O	O bucată de lavă		G	CF[1]	lavă	
11,02							
II.	O	Niște femei care se ceartă		G	K+	H	Ban.
Negru b., d.		Niște furnicari		DdD (conf.)	F-	A	
11,05							
III. c	O	Niște bufnițe		DG (conf)	F-	A	orig.-
c	O	sau un crab		G	F+	A	
			5				
c	O	Un animal marin cu clești, o scoică		DG	F+	A	
a. roșu lat.		Papagali		D	F+	A	
a. roșu mijl.		Un fluture		D	F+	A	Ban.
11,08							
IV.	O	O broască țestoasă		G	F+	A	
c. mijl.		Un melc		D	F+	A	
c	O	model în cristale de zăpadă	4	G	FC	cristale de zăpadă	orig.-
		E ceva simetric		simetrie			

1 Negru ca și valoare cromtică (eventual prim. ColbF)

d.verde		Un pudel		D	FC+[1]	A	
11,12							
V	O	Un liliac		G	F+	A	Ban.
			2				
b	O	O rădăcină de copac		G	F+	Pl.	
11,14							
VI.b	O	O blană de animal		G	F+	A	Ban.
c	O	Două capete de bărbați cu mustață		G	F+	Hd	
a. prelung.sup.		Un fluture		D	F+	A	
c. vârf inf.		Cel mai din afară: un cap de șarpe cu gât desenat		D	FClob. F(C)	Ad	
b.ramif. lat.+ contur		O femeie, care stă într-o sanie, cu un copil		D	K+	H	orig.+
c. partea superioară		Capul unui urangutan cu nas		D	F+	Ad	
c. dito		sau un urs spălător, care este iritat		D	F+	Ad	
11,20							
VII.		(râde scurt)					
Treimea sup.		Niște iepurași mici, care se uită unul la altul		DdD	F-	A	
Dito		Niște pesti marini cu încărcătură electrică	4	DdD	F-	A	orig.-
d.două treimi		Un Sealyham (câine) sau un Scotch Terrier		D	F+	A	
	O	Deșeu topit, zgură		G	CF[2]	zgură	orig.-
11,25							
VIII.	O	O orhidee sau o floare imaginară		G	CF	Pl.	
Roșu lat.		Niște cameleoni		D	F+	A	Ban.
Gri		Un calcan	5	D	F+	A	
Mijl. albastru		Parte de schelet a unui batog		D	F+	Ad	
Roșu, mijl.		Fluture		D	FC+	A	
11,29							
IX.		Acum sunt drastic cu mine		șoc de culori			
c	O	4 fifuri cu cap (roșu), o ilustrație de basm		DG	KC	H	orig.+
c	O	Schița unei picturi suprarealiste		G	CF	imagine	

1 alb ca și valoare cromatică
2 gri ca valoare cromatică

11,33					
X. albastru mijl.	Coloană a bazinului	D	F±	anat.	
Maro mijl.	Stamina unei flori	D	FC+	Pl.	
Verde mijl.	Viermi	D	FC+	A	Ban.
Verde lat.	Broască	D	CF	A	
	8				
gri lat.	Rădăcina unei plante	D	F+	Pl.	
Gri mijl.	Căi respiratorii – esofag	D	F+	anat.	
Galben mijl.	Doi lei	D	FC+	A	
Albastru lat.	Paianjeni	D	F+	A	Ban.

Cotare: răsp = 42 timp=40 min(14/26)

G= 16 (10+)	K=3 (+)	H= 4	Ban.=7
(3 DG, 1-)	KC=1	Hd=1	orig.=7 (4-)
D=25 (3 DdD -)	F=26 (4-, 2+)	T=24	
Dd=1	FC=2 (1FClob+)	Ad=4	
	(1ClobF, tendinţă spre mai mult)	anat.=2	
			Pl=4
	FC=5 (+)(1 alb)		lavă=1
	CF=5 (2 negru)		cristale de zăpadă=1
			Zgură=1
		Imag.=1	

F+=81% A=64%, Ban=17%, orig=17% (±)
TP=G-D, Succ.=uşor relaxată, TRI=4:8 ½

Şoc cromatic (1 răsp.III, lrăsp la VIII, obs. şi 1răsp.IX,) – (tulburare la VII complexuală?) – simetrie (IV)- 5 răsp.- conf numeroase – 1 răsp. Infantil, - negru, gri, alb ca valori de culoare – răsp complexuale (pasivitate: Budha I, legătură cu mama :femeie, ce stă într-o sanie, cu un copil VI)

Evaluare: Inteligenţă bună (F+%, succ., G+, TP, Ban%, orig%, K) superficial (G±, conf, timp) neserios, (conf.). stereotip, puţin deprimat (T%)

Ambiţie nevrotică puternică (Tendinţă G, G±, şoc cromatic), vrea să pară interesant, (sepie, cristal de zăpadă), tendinţe de confabulare. În spatele acestor aspecte se ascunde o nesiguranţă. (simetrie, răspunsuri –sau)

Labilitate afectivă, tendinţe slabe de adaptare. Control afectiv insuficient (TRI, G±,), disforii ocazionale .

Apariţia interpretărilor negrului, albului şi griului în ciuda A% ridicat, nu pot fi explicate prin traumă cerebrală (comoţie cu 13 ani în urmă) din cauza: timp, F+%, G+,

K și a absenței perseverației, ci poate fi luat ca semn al unei indolențe constituționale (OBERHOLZER)

La aceleași rezultate duc și răspunsurile complexuale, cele două kinestezii reflectând pasivitatea. Întregul test stă sub semnul controlului sofropsihic: răspunsuri Clob, interpretările negrului și ale griului, confabulări.

Se adaugă legătura cu mama (4 G Cf și răsp. complexuale: mama și copilul). Infantilismul său apare aici în identificarea cu copilul și în răspunsul cu reminescență de basm: ambele răspunsuri vizează dorința de a fi adult. Pe de altă parte trebuie avută în vedere posibilitatea ca pacienta să se identifice cu femeia din sanie (mama).

În ansamblu o imagine tipică a psihopatiei instabile mitomane (TRI, clori labile, autocontrol insuficient, interpr. negrului, griului și albului, control sofropsihic, kinestezii, infantilism, mitomanie: confabulare)

Clinic: Pacientul și-a pierdut tatăl la 14 ani în accident de mașină. A fost crescut de mamă de care s-a și atașat foarte mult și care îl răsfăța. A făcut facultatea de economie și a ajuns să lucreze la bancă, examene absolvite cu note mari. A fost funcționar de bancă 5 ani., a fost însă concediat din cauza dezordinii din viața privată. La îndemnurile unui unchi, pacientul a plecat în America, unde a stat 5 ani. Apoi a intrat în domeniu comerțului. Deși se descurca bine, a fost acuzat de înșelăciune. În 1934, încă în America, a suferit un accident de mașină cu leziuni cerebrale și inconștiență de scurtă durată, probabil o comoție. După aceea, nervozitate. Nostalgie după țara de baștină. Se întoarce acasă.

Întors acasă, a găsit foarte greu de lucru, în 1934 a fost acuzat de înșeluciune, furt și fals. În 1941 s-a căsătorit cu o asistentă. Căsnicie fericită, își iubește soția și copiii. Femeia îl consideră slab, instabil, neserios. După moartea mamei în 1945 a dat în patima băuturii.

A fost internat de mai multe ori în clinica de psihiatrie, mai întai pentru depresiea post-închisoare apoi pentru a fi ținut sub observație. În clinică a fost liniștit și corect, bine educat și amabil, mincinos, ostentativ. Nu se simte responsabil de nimic.

Diagnostic: psihopatie de grad ridicat, nu are voință, labil, tip mitoman.

Nr. 15 *Psihastenie lezională (pseudoastenie)*

Casnică, 42 ani.

Protocol

13,43 – 13,54 ½ - 14,06

I.		Este înspăimântător,nu pot vedea ce ar putea fi					
	O	Ceva dintr-un animal, craniul unei vaci, coarnele, cum se numesc	1	DG	F-	anat.	orig.-
13,45 ½							
II.	O	Ceva ca un fluture, care este împărțit	1	G	F+	A	

13,47							
III. O	Două femei, fiecare dorind ceva	1	G	K+	H	Ban.
13,48 ½							
IV. c O	Ceva ca un pește, capul îmi amintește de o balenă, aripioarele, cum se numesc		DG	F-	A	orig.-
		1				
c. prelung. lat.	Ca și cum ar fi ceva ridicat, parte a corpului unui animal					
13,52						
V. O	Îmi aduce aminte de ceva		G	F+	A	
		2				
Prelung. lat	Așa o foarfecă, un clește (a unui animal)		Dd	F±	Ad	
	Nu vreau să par proastă		critică subiectivă			
13,54						
VI.	Aceasta, nu pot să spun ce este					
Ramif. Sup.	Partea de sus îmi amintește de ceva, dar nu pot spune, ce este		stupoarea simbolului sexual			
	Cred că renunț					
13,56						
VII. O	Nu este ceva lgat de un cerb, corn de cerb	1	G	F+	Ad	orig.+
Negru în mijl.	Ceva, dar nu pot spune ceva		stupoarea simbolului sexual			
13,58						
VIII. lat	Sunt animale, care se cațără, nu este poate corect că ele se cațără, eu cred că sunt urși polari	1	D	F+	A	Ban.
			critică obiectivă			
14,00						
IX. O	Îmi aduce aminte de craniu, coarnele aici, ale unui elan	1	DdG	F-	anat.	orig.-
14,02						
X.	Sunt diferite lucruri					
Verde mijl.	Viermi		D	FC+	A	Ban.
		4				
albastru lat.	un pește, toate acele dungi comb.		DdD	F±	A	
gri mijl.	un trunchi cu insecte		D	F+	A	

Cotare: răsp.=13 timp=23 min (11 ½ /11 ½)

G=7 (4+)	K=1 (+)	H=1	anat.=3	Ban.=3
(2G-, 1DdG-)	F=11 (4-, 2+)	Hd=0	orig.=5 (4-)	
D=5 (1DdD)	FC=1 (+)	A=7		
Dd=1		Ad=2		

F+=55%, A=69%, Ban=23%, orig.=38%(±)
TP=G-D, succ.= ord.?, TRI=1: ½

1 renunț.(VI)- conștiință interpretativă diminuată - critică subiectivă i obiectivă – șoc de culori (orig –IX) – șoc de întuneric (orig.I, orig. IV, renunț VI) – fenomen de descompunere (VIII) – 1 combinație – simultan – 3 confabulare – perseverență (3x craniu, 2x coarne), neclarități subiective legat de TP – 1 răsp. (VII) – stupoare (IV, VII) – stereotipie

Evaluare: Inteligență defectuală organic (F+%, G±, A%, orig -). Afectivitate adaptativă (culori), autocontrol redus (F+%, G±).

Psihastenie simptomatică (culori + șoc color + autocontr.VIII, critica obj și autocritică, formă interogativă) care are o bază organică. (timp, F+%, G-, DG, D, A%, orig-, K, persev., interpr., confab., critică, stereotipie)

Construcție nevrotică (în afară de șocuri, și stupoarea simbolului sexual)

Este vorba de o encefalită iar diagnosticul în acest caz este: Sechele post-encefalitice cu manifestare pseudo-psihastenică.. Demență organică de grad mediu.

Clinic: 1. testare: Encefalită la 12 ani, cu sângerări (din nas), vomă, dureri de cap. Pune totul la suflet. A fost internat de 3 ori la neurologie din cauza psihasteniei, anxietate precordială, nervozitate, anxietate neîntemeiată, sentiment de înstrăinare, (ca și cum mâinile nu ar fi ale ei). Sentiment de neputință. Remușcări, teamă, de a nu fi bolnavă psihic. Psihoinfantilism, sentiment de persecuție. Somatic: tip astenic.

Diagnostic: Psihastenie, infantilism, anancasme

2. testare: (5 ani mai târziu). A ajuns în stadiu de disperare, crezând că i-a fost schimbat copilul la naștere. A spart geamul și s-a rănit la spate. (4 luni la clinica de chirurgie). Cu doi ani în urmă au reapărut ideile de persecuție.

De la 10 ani a început să aibă trăiri de depersonalizare. La 14 ani avea anancasme: trebuie să fie atentă dacă pupilele sunt deasupra sau sub pleoape. Acest simptom a apărut după ce pe scări un bărbat s-a masturbat în fața ei. Mai târziu impresia unor defecte ale feței. I se părea că dispare jumătatea superioară, inferioară, dreaptă, stângă a suprafeței faciale. Migrene și stări de vomă. În timpul acceselor are reprezentări vizuale. În rest imagini vii hipnogene.

Perioadele ei de boală apar și dispar brusc. Sindromul constă în: Anancasme, depersonalizare, automatism, anxietate și depresie cu autoculpabilizare, agorafobie, și deja-vu.

Aceealași diagnostic.

3. testare: (7 ani mai târziu) de jumătate de an apar din nou ideile obsesivo-compulsive: că nu a făcut destul de curat, că nu a cumpărat ce trebuie, dacă ușile sunt încuiate sau gazele închise. Axietate, înghițea 25 g tetrapon pe săptămână, a slăbit 15 kg.

Natură sensibilă, fără trăsături paranoide, dominanță factorului astenic. Atacuri de migrenă. Stând în bucătărie cu un cuțit în mână a ajuns la ideea ca ar putea să îi facă rău fiului ei.

Intelect de limită

Diagnostic: psihastenie, psihoinfantilism, anancasme

Mai târziu a suferit o lobotomie, cu rezultate bune.

Depresiile

Nr. 16 *Depresie psihastenică*

Funcționară comercială, 35 ani

Protocol

15,51 – 15,59 – 16,09

I.		Mi se pare că nu îmi va fi ușor să spun ceva Mi se pare că este la fel, pe ambele părți	1	simetrie			
		Ceva exact nu pot spune					
	O	Un liliac, nimic mai mult		G	F+	A	Ban.
	15,53						
II.		Nu știu ce să spun (lacrimi în ochi) Nu, nu pot răspunde					
	15,54 ½						
III.	O	Doi bărbați cu capete acolo și corpurile dincolo	1	G	F+!	H	Ban.
	15,56						
IV.		Sunt imagini ciudate, pe care le are d-nul doctor. Nu pot să îmi dau seama					
		Deci, nu înțeleg, nu am fost niciodata așa proastă		critică subiectivă			
	15,57 ½						
v.	O	Arată ca ceva cu două picioare și eventual niște coarne și aripi (după o pauză) un liliac, poate	1	DG	F+	A	Ban.

15,59							
VI.		(plânge)Mi se pare că mi se face o teamă, nu mi-a lipsit niciodata ceva din cap		critică subiectivă			
Partea principală		Partea de jos arată ca o blană de miel	2	D	F+	A	(Ban)
Prelung. sup.		Partea de sus nu stiu, ceva cu niște antene, un fel de fluture		DdD	F+	A	
16,02							
VII.	O	Zăpadă		G	ClobF F(C)	zăpadă	
			1				
		Este la fel pe ambele părți		simetrie			
16,04							
VIII. lat.		Acestea două, arată ca niște urși (răspunsul este prompt fără obs. colaterale)	1	D	F+	A	Ban.
16,06							
IX		Ah, sunt atât de multe					
		Nu am fost niciodată proastă (se teme din nou, că nu acționează corect)		critică subiectivă			
16,07 ½							
X.		Culori frumoase					
		Nu văd să fie ceva anume					

Cotare: Răsp=7 Timp= 18 min (8/10)

G=4 (3+) (1 DG+)	K=0	H=1	zăpadă=1	Ban.=4 (5)
D=3 (1 DdD)	F= 6 (+)	Hd=0	Orig=0	
	F(C)=1 (Clob)	A=5		
		Ad=0		

F+=100%, A=71%, Ban=56% (71%?), orig.= 0%
TP=G-D, succ.=?, TRI=0:0

4 abandonuri (II,IV,IX,X)- autocritică – șoc cromatic (renunț. II, IX,X) – șoc la negru (obs. și simetrie I, aband. IV, plâns și obs.VI, ClobF și simetrie VII?) – fenomen de ruptură (VIII) – simetrie (I,VII).

Evaluare: intelect de limită (F+%, TP, Ban%) cu inhibiție intelectuală depresivă (A%). Banal (Ban%,, orig%, A%)

Afectivitate depresivă inhibată (TRI) cu depresie psihogenă puternică, tendință ușoară ipohodriacă (obs) (răsp., timp., F+%:K, A%, orig %?, TP, șoc de întuneric, ClobF)

Constituție psihastenică de grad înalt + depresie (tip color + șoc color + retragere, A%, orig%?, TRI, șoc la negru, autocritică, simetrie)

Clinic: Diagnostic de internare: Anxietate cardio-vasculară acută. Străbunicul paternal s-a sinucis. Pacienta mai are doi frați mai mici, tatăl meseriaş, relații de familie echilibrate. Pacienta era mereu acasă și se simțea bine. Nu are cameră proprie, ci stă cu părinții în apartament cu 2 camere.

1944 comoție cerebrală, aduce o schimbare a stării. A fost internată în mai multe sanatorii din cauza „nervozității". Deja din copilărie au apărut nesiguranța, tremurul, insomnia. Până în 1935 diferite locuri de muncă în comerț. 1935 începe să slăbească, insomnie, tremur. După sanatoriu 5 ani fără loc de muncă, a locuit la părinți

1946 oboseală, somn liniștit. Dureri de cap, fierbințeală corporală, mestruație neregulată. Teamă de moarte, sentiment de sufocare.

1938 logodită, a anulat-o singură. Are de mulți ani coșmaruri legate de cadavre și moarte. Vise sexuale premenstruale.

În clinică: obosită, încordată, labilă. Structură corporală leptosomă, scolioză, mioză musculară. Acnee facială și toracică. Acuză dureri de cap, nesiguranță interioară și anxietate

Diagnostic: *psihastenie*

Nr.17 *Depresie caracterogenă*

Asistentă, 24 ani.

Protocol

17,17- 17,38 – 18,08

I.	O	Un liliac	G	F+	A+	Ban.
	O	Un os al bazinului, parte a bazinului	G	F-	anat.	
Mijl.		Un unchi, care stă așa (face o mișcare)	D	K+	H	
		6				
d. marg. albă la prelung.sup		Un profil	Dim	F+	Hd	
d. adâncitura dreaptă		Parte geogr a Suediei	Dim	F+	hartă	orig.
a. jum.stângă		O vrăjitoare care stă așa (face o mișcare)	Dd	FC+	A	
II.		Este sângeros				
Negru		Urși care dansează, dar sunt fără cap	D	K+	A	
Vârf negru		Clește	D	F+	obj.	

Dito	Şi un cioc	5	D	F+	Ad	
	Un şalău		Dim	F+	A	
c. prelung roşii	Nişte crabi		Dd	FC+	A	
III. O	Nişte poliţişti, dar ce fac acolo, îşi încălzesc mâinile?		G	K+	H	Ban.
c.roşu ext. (stânga)	Un purece pe o tulpină		D	F±	A	orig.-
c. roşu ext (dreapta numar lat. 1)	Un bărbat, care se ceartă	5	Dd	Kmic	Hd	orig.+
Partea de jos	Mâini		Dim	F+	Hd	
c partea stâgă	Un bot de şobolan		Dd	F+	Ad	
IV. Cizmă	O cizmă veche		D	F+	obj.	
Partea de mijl.	Un craniu de animal de sus		D	F+	Ad	
c. conuri mediale	Capetele chibritelor		Dd	F+	A	orig.+
V. O	Tot un liliac		G	F+	A	Ban.
Urechi 1)	Oase de gâscă		Dd	F+	Ad	orig.+
Picioare 2)	Capătul unui cleşte		D	F+	obj.	
		6				
Ramif. lat. stângă	Un cap de crocodil		Dd	F+	Ad	
Marg. sup. a aripilor	Frunte, nas şi barbă		D	F+	Hd	
Cap	Iepuraş din spate		D	F+	Ad	
VI	Acesta e chin curat					
O	Este o pisică călcată de un rulou compresor cu abur		DdG	F+	A	
Prelung. sup lat.	Pene acolo sus		Do	F+	Ad	
c. cârlig lat. sup.	Ghiare, acolo	4	Dd	F+	Ad	
b. alături de ramif. sup	Un profil		Dim	F+	Hd	
VII.	Devine tot mai rău					
c O	Două figuri, care dansează, cu capete cu păr mult		G	K+	H	
a. treime stângă sup.	Pui de curcă, care are capul înclinat şi bea		D	K+!	A	orig.+
Gri deschis mijl.	Doi oameni, care stau la un jalon luminos şi acesta luminează		DdimDd	K+Ban F(C)+	scene	TP orig.+
c con la treimea inf.	În parte sunt ţurţuri de gheaţă	8	Dd	FClob+ F(C)+	gheaţă	

dito 1)	Parțial este o focă, care întoarce capul și iese din apă	Dd	F+	A	orig.+
Toate decupajele albe	Pe peste tot pânze de vapor	Dim	FC+[1]	obj.	TP Orig.+
c. ramif. inf	Doamne, ce dansează și au cizme	Dd	F+	obj.	
c. dreapta treimea de mijl.	Franța	D	F+	hartă	
VIII laterale	Nu este un câine, este un șobolan	D	F+	A	Ban.
Albastru	Dinți	Dim	F+	dinți	orig.+
Albastru și roșu mijl.1)	Liliacul obligatoriu	Dim	F+	A	orig.+
c.prelung.lat. a portocaliului 2)	O larvă, care iese, cu cap și ochi	Dd	F+	Ad	
Luminos în mijl.	Niște picioare	Dd	F+	Hd	orig.+
c. albastru 4)	Niște oameni, care stau în genunchi	Dim	K+	H	orig.+
IX. c verde	Doi hipopotam, care deschide gura	D	F+	Hd	
a. maro	Doi vrăjitori	D	K+	H	
	4				
	O coajă sau vază	Dim	F+	obj.	
c. roșu	Ah, este o lampă cu petrol cu abatjour	DimD	FC+	obj.	
X. albastru lat.	O sepie	D	F+	A	Ban.
Roșu lat și galben mijl.	Melci	D	F±	A	
Verde lat.	Pureci simpatici, gata să sară la atac	D	F-	A	
Verde mijl.	O scară, aici în mijloc, trepte	Dim	F±	obj.	TP orig.+
lat. albastru	Un câine	Ddim	F+	A	orig.+
Gri lat.	Hipopotami 11	D	F±	A	
Verde mijl.	Și aceștea sunt viermi	D	FC+	A	Ban.
Dito	Capul unei lăcuste	D	FC+	Ad	
Dito	Sau capul uni iepure	D	F+	Ad	Ban.
Gri mijl.	Un unchi cu cilindru și barbă, care se oglindește într-o oglindă care lungește	Dd	F(C)+	Hd	orig.+
c. maro mijl.	Nu sunt ochelari, e un lornion	D	F+	obj.	orig.+

1 Negru ca și valoare cromatică (eventual prim. ColbF)

Cotare:		răsp=59	timp=51 min (21/30)
G=6 (5+) (1DdG +)	K= 9(+) (1BF[C]+)	H=6	hartă=2 B=7
D=24 (1DimD)	Kmic=1(+)	Hd=7	scenă=1 orig=18(2-)
Dd=16 (1DdimDd)	F=42(2-,4±)	A=18	dinți=1 (3 TP
Dim=10	F(C)=3 (+)	Ad=12	gheață=11-)
Ddim=2	1DdimDdF(C)+	anat=1	
Do=1		1F(C)+	obj=10
		1FHD+	
FC=5(+)			

F+=90%, A=51%, Ban.=12%, orig=31% (+ _+)
TP=G-D-Dd-Dim, succ=ord, TRI=9:2 ½

Șoc la roșu (II)- șoc la negru (succ.IV, obs și Do VI, obs VII) – 1K cu sensibilitate corporală (III) – perseverații (II, VII,X) – cel puțin 2 răsp infantile (+ hartă și obj+ K infantile)- alb ca valoare cromatică (VII) – 1 negație (VIII) – 1 figură (VIII) – 1 contopire figură-fond (VII) – 9 răsp complexuale (4 sadice: clește, cioc, clește dentar, pisică călcată; 4 orale : bărbat ce țipă III, oase de gâscă V, dințiVIII, hipopotami, IX; 1 masochist: oameni ce stau în genunchi)

Evaluare: Inteligență foarte ridicată (F+%, succ., A%, Ban.%, Orig %, K) tendință de a visa cu ochii deschiși (TRI,DdG, K,Ban%, orig%). Autocritică originală (TRI, Dim orig)

Prelucrare calitativă (răsp.,timp, F+%)

Înclinații artistice (răsp, K, culori, Orig%, F+%, Ban.% KFC, contopire). Înclinații tehnice (F+%, succ., FC, DK, orig%, Ban%, A:Ad, Dd)

Afectivitate adaptabilă, bine stabilizată (culori,K,F+%) infantilism

Psihoinfantilism (infantilism + oralitate)

Trăsături fobice (sângeII, roșu+șoc negru, Do, răsp. complexuale, VI) și nevrotice (șoc roșu, șoc negru, F+%, Do, Dd,Dim, răsp)

Tendință spre depresie psihogenă (F+%, TP, Dd, Hd:H, Do) și complexe de inferioritate (Dim, TP, Do). Reprimarea unei agresivități orale și anale (Dim, Dd,K,F+%, răsp. complexe orale, sadice și masochiste, șocul de roșu)

Componente caracteriale ixotime

Pacienta este de familie bună, prezență șarmantă, dar infantilă. Fără mama nu are curaj să acționeze, să își dezvolte propria personalitate. După tratament psihoterapeutic, depresia s-a ameliorat.

Amfitimie

Nr. 18 *Fuga de depresie*

Casnică, 27 ani

Protocol

20,44 - 20,54

I.	O	Un liliac	1	G	F+	A	Ban.
II. negru		Doi urși ce dansează sau se bat	1	D	K+	A	Ban.
III.		Nu este nimic					
	O	Capul unei pisici, partea exterioară, nu, nu poate fi asta		ZwG DimG	Ve F(C)-	Ad	TP orig.-
			3				
	O	Doi bărbați, care ridică ceva		G	K+	H	Ban.
c. negru mijl.		Un buddha, ce stă, nu, sună protestesc		DimD	K+Ve F(C)+	H	TP orig.+
IV	O	O piele jupuită		G	F+	A	Ban.
			1				
		Este mizerie, să dispară!					
V.	O	Un fluture	1	G	F+	A	Ban.
VI.	O	Tot un fel de blană	1	G	F+	A	Ban.
VII. c		Acesta e cu adevărat Napoleon		Dim	F+	Hd	
			1				
		Este rău					
VIII. laterale		Un fel de șopârle, fiecare urcând pe partea ei de munte		D	F+	A	Ban.
			2				
Roșu mijloc		Două capete de urși polari		D	F+	Ad	
IX.		Nu arată a nimic					
X.albastru lat.		Niște crabi	1	D	F+	A	Ban.

Cotare:		răsp= 12	timp=10 min
G=6 (5+) (1DimG-)	K=3(+)(1 DimDF[C]+)	H=2	Ban.=9
D=5 (1DIM D)	F=8(+)	Hd=1	Orig.=2
DIM=1	F(C)=2(1DimGF(C)-)	A=7	(1-)
	(1 DimDF(C+)	Ad=2	

F+=100%, A=75%, Ban.=75%, Orig.= 17%(±)

TP=G-D, Succesiune=Ord., TRI=3:0

1 renunț. (IX)- Șoc cromatic (obs. III, renunț. IX)-Șoc negru (obs. IV, obs. VII)-fenomen de ruptură (VIII)-2 negații (III)-2contopiri figură-fond

Evaluare: inteligență peste medie (F+%, G, TP, Orig%, K) cu oarecare înclinații artistice, (K, Orig%, contopiri) Adaptare intelectuală incredibilă la mase, până la „scufundarea" în reacția comună. Inhibiție afectivă depresivă (culori) cu tensiune a agresivității ridicată (Dim)

Depresie endogenă (răsp. F+%, A%, fără culori) cu trăsături hipomaniacale (K, orig.%,G) cu construct nevrotic suprapus (Șoc cromatic, Șoc la negru, renunțări)

Depresia este acoperită de tendințe hipomaniacale artificiale de aparență vivace care sunt manifestate printr-un timp de reacție scurt, fiind produse însă aproape numai Ban. Unele Orig. apar în urma înclinațiilor artistice. Și în acest caz este evidențiată o oarecare superficialitate (1 Orig-). În rest subiectul nu își lasă timp pentru reflexia individuală (toate răspunsurile sunt date parcă cu mitraliera). Ban% foarte ridicat e expresia extratensiunii artificiale, al unei fugi de Eul propriu în lumea exterioară, care este reușită pe plan intelectual (Ban%), dar nu și afectiv. Discrepanța între dispoziția depresivă și adaptarea forțată la mediu, este în permanentă tensiune (1DimG ca Orig-).

Amfitimie = evadarea în banalitate

Șase ani mai târziu același subiect are următoarele rezultate la testul Bero:

Cotare:		Răsp=30,	Timp=17 min. (6/11)
G=8 (7+) (1DimG+)	K=3(+) (1sec.)	H=2	Ban.= 5(6?)
D=18 (1DdD)	A=20 (5-), din care	Hd. = 4	Orig=7 (1-)
Dd=2	(1±), 1Impr.)	A= 16	(1TP+)
Dim.=1	F	F (C)=2 (1Dim. GF (C)+)	
DdIm=1	(1Fclob.+)	Anat=1	
	FC=4 (1-)	Sex=1	
	CF=1	Pl=1	

F+=72 ½ , A=70%, Bani=17% (20%?), Orig = 23% (±)
Tp= G-D, Succ.=ușor aerisită, TRI=3:3

Șoc cromatic(II, II, VIII?) – șoc la negru (V, VI, VII) – fenomen de ruptură(IV) – 1 Răsp. cu „sau" – 1 ca secundar – 1 contopire figură fond (VIII) – 3 Răsp complexual ("Buddha cu șase brațe" VI, "Fața tragică a unui clovn" ca DimG VIII).

Evaluare: Inteligență medie spre bună (F+%, G+, TP, K, Orig%) cu înclinații artistice (K, culori, G, Orig%, succesiune, contopire)

Afectivitate bine controlată, adaptată (culori, K, G+). În continuare agresivitate înhibată parțial (Dim, TRI).

În ciuda evadării în banalitate, care de data asta nu mai este atât de evidentă ca în primul test, fuga de Eu spre lumea exterioară (în afară de Ban. și FC) este în continuare evidentă la fel ca și răspunsurile complexuale, cum ar fi „Buddha cu șase brațe". Această nevoie de virtute, această sublimare în utilitate, dă o notă simpatică subiectului.

În continuare centrală este amfitimia (evident cicloidă), în prim plan predomină hipomania (timp F+%: K, F+%, secv., k, G, orig%±) dar cu un amestec de trăsături depresive în fundal (Hd:H, A%). Răspunsurile complexualee redau această stare foarte bine (ca și DimG).

În imagine apar și trăsături nevrotice (șoc cromatic și la negru) dar și fixații orale („Profil de gladiator, cu toate armurile pe el; stă îi cască, sau strigă, poate,dar asta numai el poate ști"). Nesiguranța interioară (Răsp cu "sau", în primul test negații) este cu siguranță de natură nevrotică. Acest amestec de amfitimie cicloidă și dezacord nevrotic, duce la o nemulțumire legată de sine și legată de mediu (DimG, TRI). (Ultimul răspuns, Ksec. sună în următorul fel: "Un profil de gladiator, cu coif, stă și cască, probabil și strigă, dar asta știe doar el însuși. Că nemulțumirea reiese din dispoziția amfitimică, acest lucru este relevat de conținutul răspunsului DimG, "față tragică de clovn".

Subiectul este o femeie de profesie inginer cu interese artistice și literare, nu poate suporta să stea singură. Nenumăratele relații sociale pe care le are îi dau posibilitatea de a fi în permanentă în diferite grupuri sociale, iar când nu este invitată de către cineva, merge singură la cinema. Câteva ore poate sta singură acasă citind cărți interesante dar după aceea trebuie neapărat să se "întâmple" ceva. În societate subietul este vesel și glumeț, este mereu bine dispus, plin de viață, fără a fi însă hipersocial.

Baza cicloidă se poate ilustra prin relațiile de familie: tatăl, funcționar, suferea de hipomanie cronică, cu un temperament coleric, fratele tatălui, alcoolic cronic, verișoara tatălui s-a sinucis.

Schizofrenii

Nr. 19 *Catatonie*

Femeie, necăsătorită, 73 ani, ajutor de bucătar în trecut.

Protocol

11,51 – 12,02 ½ - 12,14

I.	O	Un fluture	G	F+	A	Ban.
		(vorbește destul destul de încet lucruri neinteligibile)				

11,54							
II.	O	Doi omuleți		G	K+	A	Ban.
Totul roșu		Și așa mult sânge....acest lucru ține de domeniul meu	3	D	FC	sânge	
Interm.		O lanternă		DZw	F+	obj.	
11,55 ½							
III.	O	Doi care au băut ceai (arată mijlocul)		conf. DG	comb. K-	H	(Ban.)
			2				
Negru mijl.		Porțelan		D	F-	obj.	orig.-
11,58							
IV.	O	Craniu de la ceva, care este urât și nebun		G	F-	anat.	orig.-
			2				
	O	Trunchi inferior		G	F-	anat.	orig.-
12,01							
V.		Am avut dureri foarte mari de dinți					
			1	conf.			
	O	O pipă de tabac		G	F-	obj.	orig.-
12,02							
VI.	O	Un pește	1	G	F+	A	
12,04							
VII.		Nu mă înțeleg pe mine.....		autocritică			
			1				
	O	6 oameni		G	număr	Hd	orig.+
12,06							
VIII. albastru		Cămășuțe de copii mici		D	FC+	obj.	
Laturi		Două animale, care ies de undeva		D	F+	A	Ban.
			3				
Între laturi și mijl		Albul este o față		Ddim	F+	Hd	
12,08 ½							
IX.	Șanțul din mijl.	Kullman și Gäst (probabil numele unor proprietari de brutărie sau patiserie, unde fusese angajată pacienta în trecut)	1	conf. Relație proprie Dd	număr?	H	orig.-
12,11							
X.		Acestea sunt fantomele care vorbesc înăuntru despre….		Halucinație			

Albastru mijloc+ Părți delimitate de roșu	Ceva ce prinde pieptul (roșu)	2	Dd	F±	Hd	orig.-
Verde mijl.	Două brațe		D	F-	inf. Hd	

Cotare: răsp.=17, timp=23min (11 ½ /11 ½)

G=8 (3+) (1DG-)	K=2 (1-)	H=3	obj.=4	Ban.=3 (4?)
D=5	F=11 (5-,1±)	Hd=4	sânge=1	orig=7 (-)
Dd=2	număr=2	A=3	(1 ind.)	
Dim=1	FC=1 (+) (?)	Ad=0		
Ddim=1	C=1	anat.=2		

F+=50%, A=18%, Ban.=18% (24%?,), orig=41%(-)
TP.=G-D-Dim, succ.= ordonată, TRI=2:2 (2:1 ½)

Autocritică – confabulări numeroase și 1 combinație confabulativă – relații proprii – 2 răsp. cifră.

*Evaluare:*Inteligență deficitară (F+%, G+,orig%-, K-,număr). Afectivitate impulsivă, poate cu resturi de contact affectiv (culori).

Schizofrenie cronică cu demență (număr, orig.-, confabulări și combinații confabulative, K-, autocritică, relații proprii, anat., sânge) (cronică: TP.,A%,orig.%). Catatonie (A%, TRI) cu negativism (Dim, TRI)

Clinic: este bolnavă de 32 de ani. La început erau „voci" apoi răbufnire cu episoade de exaltare religioasă cu fețe și „legături directe cu Dumnezeu". Se roagă în poziții extatice, punând liniștitor celorlați pacienți mâinile pe cap.

Părinții sunt „bolnavi cu nervii", nu se află în ospiciu. Pacienta a fost mereu debilă. Sentimente puternice de culpabilitate privind masturbarea, susținând că întregul corp a fost posedat. La declanșarea bolii susținea că aude vocea lui Dumnezeu, că vede cum se deschide poarta cerului sau că ea a fost născută de Fecioara Maria și ca sigur este o nouă Fecioară Maria.

Treptat renunță la exaltarea religioasă, imaginația ei ocupându-se cu lucruri sexuale. Ea susține că știe clar ce fac medicii cu fetițele etc., apoi liniștită se spală mult pe mâini.

În perioade de neliniște, pacienta se așază pe jos cu fața la pământ, refuză să mănânce sau iese noaptea din pat, tropăie ca un cal și obligă la mijloace de restricționare. Are halucinații vivide, vorbește cu spiritele ei și aruncă cu scaune după ei. Susține ca fantomele o sug și o influențează cu electricitate. Are și ideație de otrăvire.

Poziție rigidă, aude voci și susține că ar avea fantome în partea de jos a corpului, halucinații erotice. În ultimul an suferă și de diabet.

Diagnostic: schizofrenie (catatonică) +Diabet zaharat.

Nr. 20 *Paranoid*

Femeie divorțată, 62 ani, în trecut, asistentă

Protocol

12,00 – 12,10 – 12,19

I.	O	Un vultur sau ceva		G	F+	A	Ban.
	O	Tot un fluture	3	G	F+	A	Ban.
	O	Cum se numesc acelea, care zboară ca păsările și arată ca niște șobolani (liliac?)		G	F+	A	Ban.
12,01							
II.	O	Omuleți cu căciuli roșii (după o sec. pauză) care dansează	1	G	K+	H	Ban.
12,03							
III.	O	Canal de scurgere		DG	F-	A	
Roșu mijloc		Două inimi		D	CF	inimă	orig.-
			4				
Negru m.		O cheie		D	F+	obj.	
	O	Niște oameni, ospătari cu șorțuri albe		Gim DimG	K+Ve FC+	H	TP orig.+ Ban.
12,06							
IV		Ce are d-nul doctor pentru multe lucruri		șoc de întuneric			
Laterale		Văd doar picioare deasupra, nu văd nici un cap		Do	F+	Hd	
			3				
c. mijloc		Arată ca o pasăre		D	F-	A	
dito		sau o pisică, o umbră a unei pisici cu urechi		DdD	Fclob- F(C)-	A	
12,09							
V.	O	Da, uitați-va, aici avem liliacul (amnezie la planșa I)	1	G	F+	A	Ban.
12,10							
VI.	O	Ce este acesta, un pește?		G	F+	A	
			2				
	O	Nu, sigur este o casă a unui animal, pisică sau iepure		G	F+	A	Ban.

12,11						
VII.	Știți, domnule doctor, aici nu știu ce să zic		șoc de culoare			
Treimea sup.	Arată ca doi copii, două capete de copii	2	D	F+	Hd	Ban.
Dito	Maimuțe sau gorile		D	F+	Ad	
	Mai mult nu aș putea spune					
12,13						
VIII. roșu mijl.	Două femei bătrâne, care stau		D	K+	H	orig.+
		2	conf.			
Laterale	Doi copii mici		D	F-	H	orig.-
12,15						
IX. b. verde și maro	Două fetițe (verde) ce ce cațără pe ceva (maro); un ciot de copac;	1	conf. D	comb. F-K	H	
12,17						
X. roșu mijloc	Doi bărbați		D	F+!	H	
		2				
Rest.	Cealaltă arată ca niște flori și frunze		D	CF	Pl.	

Cotare: răsp=21, timp=19 min (10/9)

G=9 (8+)	K=3 (+)(1sec.)	H=6	Ban.=7
(1 DG-, 1 DimG+)	conf.F-K=1	Hd=2	orig=4 (2-)
D=11 (1 DdD)	F=1 (3-)	A=9	(1TP+)
Do=1	F(C)= 1 (Fclob-)	Ad=1	
	FC=1 (+)	Pl=1	
	CF=2	obj.=1	
		Inimă=1	

F+= 79%, A=48%, Ban=33%, Orig=19% (±)
TP= G-D, succ.= ușor relaxată, TRI= 3:2 ½

Șoc cromatic supracompensat? (1 răsp și Orig – III, Orig – VIII, toate Orig III și VIII – șoc cromatic (obs, succ. și formă IV, 2 obs.VII) – 1 confabulare, 1combinație confabulativă – 1 sec K- perseverații (2x pisică, 2x copil) – 1 negare și 1 răspuns interogativ (VII) – 1 contopire figură-fond (III) – tulburări de vorbire amnestice (I).

Evaluare: Inteligență ușor defectuală (G+, TP, A%, Ban.%, Orig-, conf., persev.).Contact intelectual bun (Ban.%). Afectivitate labilă și totuși bine stăpânită (culoare, G+, K, F+%) anxietate (FClob-, Do, șoc la negru, negație, formă interogativă)

Conflicte privind masturbarea? (doi oameni cu șorțuri albe ca Dim G FC+)

Schizofrenie paranoidă (timp, orig+ și Orig.-, Dim G, H:Hd, conf., Persev., pranoia:K)

Clinic: Bolnavă de 20 de ani. Boala s-a dezvoltat în urma divorțului pe care îl intentase soțul. Pacienta provine dintr-o familie săracă, cu 21 de copii. De 13 ani era căsătorită și a avut 2 copii (unul decedat). După divorț a devenit insuportabilă, a devenit violentă și amenințătoare. Au apărut idei că ar fi otrăvită. Își imagina un bărbat care urma să o ia într-un turn. Peste tot își vedea primul soț și fiul, era irascibilă și nu putea dormi.

Pacienta a luat la cunoștință cu divorțul dar nu a putut accepta realitatea, fiind obsedată de bărbatul ei. Au apărut idei de persecuție, pe medici și pe asistente îi vedea draci. Halucinații auditive și senzații corporale. Înjură, miroase electricitatea, aude voci, se simte hipnotizată, este însă orientată iar gândirea este bună.

Diagnistic: *schizofrenie (formă paranoidă).*

Paranoia de involuție

Nr. 21 *Paranoia caracterogenă de climacteriu*

Protocol

14,26 – 14,37 – 14,46

I.	O	Probabil un liliac sau ceva de genul		G	F+	A	Ban.
	O	Un fel de insectă		G	F+	A	
	O	Fiindcă insectă nu este	4	G	F+	A	Ban.
Întregul mijl.		Este ca un bărbat care stă acolo înăuntru		D	K+	H	
14,28							
II.		Nu pot să văd aici nimic					
		Nu este prima planșă în altă variantă		Asemănare			
Roșu mijl.		Este cumva o floare?	1	D	CF	Pl.	
		N-am văzut niciodată ceva asemănător					
14,30							
III.		Tot ceva amuzant					
Roșu mijl.		Sunt multe, o fundă		D	F+	obj.	
		Nu e chiar nimic? Credeam că este deosebit		conștiință diminuată			
			2				
	O	Pot fi doi bărbați care trag de o frânghie, măsurându-și forțele		G	B+	H	Ban.
Roșu exterior		Eu nu știu ce fl de pete sunt acestea		șoc de roșu			

14,32							
IV.		Este tot același lucru, cred ca îmi amintește de prima		asemănare			
		Nu arată a ceva deosebit, oricum nu ceva cunoscut mie					
			2				
		Este ceva fotografiat?					
Mijl.		Ar putea fi un cap cu ochi		D	F+	Ad	
	O	Probabil, stați așa puțin: Poate fi o blană de animal, uscată		G	F+	A	Ban.
14,36							
V.		Iar avem liliacul sau ce o fi	1	G	F+	A	Ban.
14,37							
VI.		Trebuie să fi artist, pentru a deveni destept din așa ceva		critică subiectivă			
			1				
negru		O sculptură, un scaun vechi sau nu știu		D	Clob.F F+	obj.	
14,39							
VII		Devine tot mai rău fiindcă devine tot mai mic					
			1				
	O	Așa un fel de formare de nori		G	Clob.F F(C)	nori	
14,40							
VIII. laterale		Animale sălbatice, acolo în lateral, sunt la fel, amândouă		D simetrie	F+	A	Ban.
			1				
		În rest multe apar din nou, cu presiune diferită, dar figura este cam aceeași		asemănare			
14,42							
IX.		Mai sunt multe? Nu pot să înțeleg mai mult din asta, dar cred că este aceeași treabă în culori diferite și presiune diferită		asemănare			
14,43							
X.		Da, devine tot mai frumos în culori					
Albastru lat.		Niște animale, scorpioni		D	F-	A	
			2				
verde mijl. partea sup.		Dacă aș lua (partea inf.) acestea ar putea fi niște viemi verzi		Dd	FC+	A	

Cotare:		Răsp 15	Timp 20 min (11/9)	
G=7	K=2 (+)	H=2	Obj.=2	Ban.=6
D=7	F=10	Hd=0	nori=1	Orig=0
Dd=1	F(C)= 1ClobF	A=8		
	FC=1 (+)	Ad=1		
	CF=1	Pl=1		

F+=90%, A=60%, Ban.=40%, Orig=0%
TP= G-D, succ.=aerisită (tendință spre inversiune), TRI=2:1 ½

1 renunț (IX) – conștiință interpretativă diminuată – autocritică - șoc cromatic (asemănare, TP II, obs. și succ.III, asemănări VIII, renunț. și asem. IX, obs X) – șoc la roșu (obs III) – șoc la negru (asem., obs și succ. IV, autocritică, TP VI, ob.VII) – fenomen de ruptură (VIII) – simetrie (VIII) – iluzie de asemănare (II, IV, VIII, IX) – 1 negație (I) + 2 răsp interogative (II, IV) – 1 x ochi.

Evaluare: Inteligență medie (F+%, G+, TP, A%), dar banală (A%, Ban.%, Orig%). Labilitate afectivă cu stăpânire bună (culori, TRI, F+%, G%) cu tendință spre disforie (Clob.F), nesiguranță (succ., simetrie, negație, interogații).

De observat că personalitatea de bază e legată de un tip de rezonanță intimă introversivă, care legat cu numărul de răspunsuri redus, conchide privitor la o anumită închidere în sine. Apare însă accentuarea G tipului de percepție, o predilecție pentru meditație (TRI) și generalizare,și teoretizare (TP) (A% corespund vârstei și predispoziției depresive).

Este doar o latură a personalității premorbide. Cealaltă este o conștituție senzitivă, constând din sindromul psihastenic (șoc color, - la roșu, -la negru + la brun Pl. VIII, simetrie, negație, răsp. interogative, autocritică) care în acest caz reflectă nesiguranță de sine reflectată și de autocritică și astfel prin Clob F arată tendința spre disforie.

Pe această bază constituțională se poate dezvolta o paranoie senzitivă, se constituie mecanismul de proiecție paranoiac. Acesta se evidențiat în test prin frecvența mare a iluziilor de asemănare, în care se oglindește conștiința pasivității conștiinței trăirii paranoice. Existența „ochi"-lor la planșa IV nu este întâmplătoare

Paranoia senzitivă de involuție

Clinic: Fiică a unui căpitan, căsătorită cu un muncitor la căi ferate. Căsnicie fericită, fără copii. Pacienta nu voia copii în comparație cu soțul ei care își dorea. Menopauză. Natură sensibilă cu ușoare anancasme. Pacienta suferea de fobii ușoare, nu poate trece poduri înalte decât la mijlocul lor, nu urcă în turnuri, nu vizionează filme cu războaie. Aproape toți membrii familiei șunt sensibili. De doi ani ideii paranoice legate de relații. Susține că este privită și avertizată prin ziare, televizor sau radio. Nu poate sta singură.

După tratamente cu insulină a dat semne de recuperare.

Diagnostic: *Constituție sensitivă paranoiacă. Paranoia caractrogenă de climacteriu*

Psihoza maniaco-depresivă

Nr. 22 *Hipimanie*

Comerciant, 66 ani.

Protocol

11,18 – 11,37 – 11,54

I.	O	Liliac		G	F+	A	Ban.
		Se poate deduce orice, ținuturi, nori, absolut orice.					
		Este același lucru pe peste tot		simetrie			
c	O	Un jug, sau ham vechi din muzeu	4	G	F+	obj.	orig.+
c	O	Un portal		imG DimG	F±	Arch.	
c	O	Un ornament peste un vas de băut din muzeu		G	F+	obj.	orig.+
11,25							
II. negru		Niște urși, capetele		D	K+	Ad	
		O lampă, o lustră		Dim	F+	obj.	
			5				
Roșu mijl.		Aceste pete sunt ca la sângerări din nas		D	F+	sânge	
	O	O hartă cu diverse culori		G	CF	hartă	
Negru		Niște capete de viței		D	F+	Ad	
11,30		(râde)					
III.	O	Doi bărbați, caricaturi		G	K+	H	Ban.
Picioare		O creangă		D	F+	Pl.	
Totul roșu		Din nou pete de sânge		D	CF	sânge	
Între braț și picior		Apă între pământ și o insulă		Dim	F±	hartă	
			7				
piciorul drept		Un pește		D	F+	A	
c. partea sup a rochiei		Un cap cu un ochi, o cioară		DdimDd	F+	Ad	
negru mijl.		Un pui de urs mic		D	F+	A	
11,34							
IV. întregul mijl.		Un stâlp de biserică		D	F+	Arch.	orig.+
d.prelung. sup.		O pasăre cu fălci albe		DimD	Ve F(C)+	Ad	TP orig.+
			5				
d.negru în cizmă		Cap de elan		Dd	F+	Ad	

c	O	O stemă		G	F-	stemă	
a	O	O blană		G	F+	A	Ban.
11,37							
V.	O	Un liliac		G	F+	A	Ban.
b. jum. inf.		Un invalid cu picior de lemn		D	K+	H	orig.+
			4				
c. cap cu urechi		Picioarele unui băiat mic și trunchiul		D	F+	Hd	orig.+
a. marg. aripii sup.		Un profil, fruntea, nasul etc		D	F+	Hd	
11,39 ½							
VI.	O	Din nou o blană		G	F+	A	Ban.
			2				
c.negru		Un băț strujit		D	F+	obj.	
11,42							
VII.		Sunt la fel pe ambele părți		simetrie			
	O	Un arhipelag din mai multe insule		G	F±	hartă	
c.treimea mijl.		O caricatură a unui bărbat		D	F+	Hd	Ban.
			6				
c.treimea inf.		Un animal cu coadă, hienă		DdD	F-	A	
d.treimea sup.dr.		Un cap de leu		D	F+	obj.	orig.+
dito		Tot un portal		Dim	F+	Arch.	
11,45 ½							
VIII	O	O stemă cu steag și două animale		G	CF	stemă	
Albastru		Steag	3	D	FC+	obj.	
Laterale		Două animale		D	F+	A	Ban.
11,47							
IX. c. mijl. linie+roșu		Un copac cu trunchiu acolo		D	F+	Pl.	
Verde		O hartă, sunt multe culori	3	D	CF	hartă	
b.maro inf.		Oameni, care se mișcă pe malul mării în Groenlanda		Dd	Kmic	scenă	orig.+
11,50							
X. albastru lat.		Crabi		D	F+	A	Ban.
b.roșu mijl. inf.		Suedia		D	F+	hartă	
a.verde mijl.		Un arc, arc de triumf în țară/ pe pământ		D	FC+	obj.	orig.+
d. roșu exterior inf.		Un câine ce stă, Sentbernard	7	D	F+	A	

c. gri mijl.	Creangă de brad de Crăciun cu clopoțel ca ornament	D	F+	obj.	orig.+
c. gri lat.	Un purice care sare	D	F+	A	
verde lat.	Un vierme verde	D	FC+	A	Ban.

Cotare: Răsp. 46 Timp 36 min (19/17)

G=12 (8+)	K=2 (+)	H= 2	Arch.=3	Ban.=9
(1 DimG±)	Kmic=1 (+)	Hd=3	hartă=5	Orig= 9(+)
D=27 (1DdD, 1 DimD)	F=34 (2-, 3±)	A=12	stemă=2	1TP
Dd=3 (1 DdimDd)	F(C)=1 (DimDF(C)+)	Ad=6	scenă=1	
Dim=4	FC=3 (+)	Pl.=2	sânge=2	
	CF=5	Obj.=8		

F+=90%, A=39%, Ban.=19% (+), orig=19% (+)
TP=G-D-Dim, succ.=relaxată, TRI=2:6 ½

1 combinație simultană – simetrie (I,VII) – perseverații (portal, arc, stemă) – răspunsuri infantile (obj. Hartă) – 1 contopire figură-fond (IV) – 1 tulburare logopedică amnestică (I) – 1 răsp complexual (interpretare defectă Ban. ca K) – 1 x ochi

succesiunea la IV poate reflecta șocul la negru, fiindcă primele răspunsuri sunt originale bune fac mai puțin probabilă existența șocului la negru supracompensat.

Evaluare: Inteligență medie-bună (F+%, TP, A%, Ban.%, Orig%, K). Practic (TRI, D Orig,. A:Ad). Creativitate (orig, culori,Kmic, răsp.-Ve, comb.)

Primele două răspunsuri originale (obiectele de muzeu) provin din cercul de interese al bărbatului din timpurile fericite (cai și beții sărbătorești). Este evident că „invalidul" provine de la suferințele corporale ale pacientului (cifo-scolioză). Un pic infantil (răsp infantile). Labilitate afectivă cu un contact relativ bun (tip color), cu frâne destul de bune (F+%, G+). Tendință la contradicții (Dim: TRI)

Hipomanie în stadiu latent (răsp, timp, G, TP, A%, Orig, culori) (liniștit: F+%, Orig+, 0K-)

Perseverația ușoară, tulburarea de găsire a cuvintelor, par a fi de origine organică. Ori este vorba de o formă de demență descrisă de GOLDKUHL, sau (mai probabil) o forma de început de demență arteriosclerotică care se manifestă frecvent la constituția picnică la această vârstă. Este cu atât mai evident, cu cât răspunsul „capete de vițel" la planșa II este un fel de repetiție a primului răspuns la această planșă („capete de urs"), pe care însă subiectul l-a uitat.

Clinic: Pacientul, fost comerciant de cărbuni și cereale, are o soră maniaco-depresivă. Cifo-scolioză.

Din 1913 este bolnav, 3 luni a fost deprimat. Apoi și-a revenit până în 1928; o nouă depresie până în 1936, deosebit de severă între 1931-1935. În 1936 începe o perioadă cu pusee maniacale (1 an). Pacientul circula în perioada aceea cu mașina, mergea prin restaurante și făcea cadou chelnerițelor blănuri în vaoare de 60 000 de coroane. În 1937 apare o nouă depresie, se retrage în camera lui, plângea și își acuza faptele. Din august 1944 începe o nouă perioadă cu pusee maniacale, pentru internat pentru prevenirea prostiilor de natură economică. Fugă de idei maniacală găsește totul posibil pentru el.

I s-au administrat de trei ori doze subcomatose de insulină, fără succes. În 1946 este hipomaniacal, la fel și în prezent (1947). La momentul aplicării testului suferă de bronșită și stă la pat.

Diagnostic: *Psihoză maniaco- depresivă*

Nr. 23 *Depresia de tip endogen*

Mecanic pe șantier, 49 ani.

Protocol

10,37 – 10,52 – 11,07

I.	O	Pare a fi o pată de cerneală stropită și întinsă pe hârtie		descriere			
laterale		Un cap de câine	1	D	F+	Ad	
10,40							
II.negru		Doi câini (capete) cu boturile lipite		D	F+	Ad	
c. dito		și când întoarcem planșa		D	F+	Ad	
a. roșu mijl.		Un fluture	5	D	FC+	A	
c. roșu		Mască de negri		D	F+	Hd	
d. negru (sup.)		Ceva de genul unui câine fără cap		D	F+	A	
10,43							
III. cap cu trunchi		Două păsări, dar nu cum sunt ele naturale, ci poate împăiate		D	F-	A	
				Critică obiectivă			
c. roșu exterior		Papagali	4	D	F+	A	orig.+
c. roșu mijloc		Un fluture		D	F+	A	Ban.
c. negru mijl.		Capete de negri		D	F+	Hd	
10,46							
IV. mijl.		Cap de animal, dar nu pot spune de care		D	F+	Ad	
c. ramif. lat.		Capul unui elan	3	D	F+	Ad	
c. mijl. inf.		Organ genital al unui animal		Dd	F+	Sex.	

10,49 ½	(vrea să renunțe)					
V. marginea aripii sup.	Un cap cu nas	1	D	F+	Hd	
10,52	(vrea să renunțe la început)					
VI. negru	O bucată de lemn strujită	1	D	F+	obj.	
10,57						
VIII. lat.	O figură asemănătoare unei maimuțe		D	F+	A	Ban.
Roșu mijl.	Un fluture de aici de jos	3	D	FC+	A	
c.albastru	Două figuri cu genunchi îndoiți		Dim	K+	H	orig.+
11,01						
IX. c. verde	Cap de animal	1	D	F+	Ad	
11,03						
X. gri sup.	Două capete de pasăre, papagali		D	F+	Ad	
Verde lat.	Tot două păsări, cele verzi		D	FC+	A	
Verde mijl.	Larve de insecte, viemi		D	FC+	A	Ban.
Galben mijl.	Două figuri asemănătoare unor câini		D	F+	A	

Cotare:		Răsp 24	Timp 30 min (15/15)	
G=0	K=1 (+)	H=1	Sex.=1	Ban.=4
D=22	F=19 (1-, 1±)	Hd=4	obj.=1	Orig=2 (+)
Dd=1	FC=4 (+)	A=10		
Dim=1	Ad=7			

F+=92%, A=71%, Ban.= 17%, orig=8% (+)
TP=D, succ.= ordonată, TRI= 1:2

Critica obiectului – șoc culoare? (descr. I?, 1 răsp.IV, renunț. la încept V, VI) – 1 descr.(I) – perseverații (3 capete de câini la început, 2x măști, papagali) -2 interpretări de măști (grupa II) – 1 răsp. complex (două figuri ce îngenunchează ca DimKOrig+VIII) – tremor pe tot parcursul testului.

Evaluare: Inteligență medie bună (F+%, Ban.%, Orig%, K), afectivitate diminuată în urma depresiei de care suferă, adaptată însă și stăpânită (FC, F+%). Axietate fobică (șoc la negru?, două interpretări de măști la grupa II)

Depresie de tip endogen „clasic" (nr.răsp., timp, F+% ,K, F+%, G, TP, A%, orig%, K, Hd:H) în început de ameliorare (culoare, K). interesant este, că singurul K a acestui protocol este o kinestezie de flexie și în același timp este un Dim., persoane care stau în genunchi, cu identificare. Perseverația și critica sunt semne ale unei atingeri organice, mai ales ca perseverația are o formă organică la început.

Depresie de tip endogen în recuperare.

Clinic: Din octombrie 1944 după o răceală puternică (gripă)a devenit deprimat. În sfârșit (decembrie 1944) este declarat inapt de muncă. Ianuarie 1945 internat la Policlinica de psihiatrie: deprimat, anxios, tremură, moale. Un frate era melancolic (mai multe episoade), tatăl avea pusee de gelozie. Pacientul avusese cu 8 ani în urmă o perioadă de depresie iar mai târziu altele.

La internare în clinică: Sclere icterice. Tremor al degetelor și tremor perioral. Orientat, deprimat, anxios, moale, inhibat. Halucinații ipohondriace.

Primul diagnostic al clinicii: Psihoză maniaco-depressiva + Icter hepatic.(a dispărut după 3 săptămâni).

În urma unei scrisori a medicului (Dozent GOLDKUHL) poate fi vorba de diagnostic simptomatic. În decembrie 1944 suferă de răceală și de atunci devine deprimat și obosit. Este vorba ori de o stare postencefalitică după o encefalită gripală sau de un sindrom organic toxic.

Diagnostic: *Psihoză maniaco-depressivă simptomatică*

Epicriză: Acest caz nu este unul de depresie endogenă pură, ci aparține mai degrabă grupei 4, cea a depresiilor somato-exogene. Cazul este destul de interesant, în primul rând pentru ca arată un sindrom depresiv clasic de natură simptomatică și în al doilea rând pentru că arată cât de sensibil este Testul Roschach privind tulburările de etiologie organică. Ereditatea (frate melancolic) are cu siguranță un aport privind alegerea simptomatică a acestei psihoze post-infecțioase, putându-se spune că acest caz se încadrează în mijloc între grupa 1 și grupa 4 a schemei noastre privind depresiile.

Epilepsiile

Nr. 24 *Epilepsia tipică*

Fetiță, 10 ani, (cazul a fost publicat sub nr. 10 în: ERIK GOLDKUHL, Testul Roschach în epilepsie, Uppsala Lakareforning Forhandlingar, 1946, p.292)

Protocol

I. ramif. lat.	Bărci (detalii nelocalizate)		conf. D	F-	obj.	orig.-
		2				
coarne	Ceva boltit după cum secțiune		D	F±	obj.	
II. roșu sup.	Maimuță, câine		D	F-	A	
		2				
Roșu inf.	Labă		D	F-	Ad	

III. Roşu exterior	Un câine		D	F+	A	
		2				
Roşu mijloc	O lesă		D	F+	obj.	
IV. c O	O bufniță		conf. DG	F-	A	
a Cizme	Labe	3	Do	F+	Ad	
Fanion lateral sup.	Piciore posterioare		Do	F+	Ad	
V. c O	Un fluture, antenele(arată 1 acum in jos. Este ceva de genul fluture maro		G	F+	A	Ban.
VI. O	O cioară cu aripi		conf. DG	F-	A	
		2				
Colț superior	Capul		D	F+	Ad	
VII. a Treimea inf.	(întoarce) Lesa	1	D	F+	obj.	
VIII. Margini	(întoarce) Urşi		D	F+	A	V
Linie mediană în albastru şi gri	Un brad		D	F-	Pl.	
Portocaliu singur	Bufnița		conf. Dd	F-	A	
		5				
Linii albastre mediane si intre	Veioză		DdimDd	Ve F(C)+	obj.	orig.+
Desen întunecat în albastru	Un copac, un tufiş		Dd	F-	Pfl.	
IX. Roşu, verde	Roşu, verde		D	C	culoare	
c Roşu + Mediană	Parapluie, umbrelă	3	D	FC+	obj.	
Maro	Un taur nervos		D	F-	A	
X. Albastru lateral	Soare }		D	F-	soare	
Roşu exterior	Lună } (aderență la temă)		conf. D	F-	luna	orig.-
Verde lateral	Stelele }		D	F-	stelele	
Verde mijloc	Iepure		D	F+	A	Ban.
Galben mijloc	Vițel	7	D	F±	A	
Gri lateral	Oaie		D	F-	A	
Maro mijloc	Ochelari de soare		D	F+	obj.	
	Distractiv cu culori deasupra					

Calculare: Răspunsuri: 28 Timp: 21 min.

G= 3(1+) (2DG-)	K=0	H=0	Obj.=7	V=3
D= 20	F= 25(13 -, 2+)	Hd= 0	Soare= 1	Orig.= 4(3 -)
Dd= 3(1 DdimDd)	F(C)= 1(DdimDd[FC]+)	A=11	Luna= 1	(1 TP. +)
Do= 2	FC= 1(+)	Ad= 4	Stele= 1	
	C= 1 (denumirea culorii)	Pl.= 2	Culoare = 1	

F+ = 42%, A=54%, Ban= 11%, Orig.=14% (+),
TP. = (G) – D – (Dd – Do), Secvență= ordonată, TRI = 0:2

Șoc culoare (Forme II?, Denumiree de culoare IX?, Forme și observație X) – șoc la negru (DG-IV, observație V, DG- VI1) – Fenomenul de ruptură (VIII) – 1 Denumirea culorii (IX) –confabulări – Perseverație (2 X Câine, 2 X Labe, 2 X “Lesa, Zgarda”, 2 X Bufnița) – Notificări – 1 Figură – Fundal – Fuziune (VIII)

NB. Pacientul găsește testul amuzant, e la început timid, mai târziu destul de sigur pe sine.

Evaluare: Inteligență defectuală (F+%, DG - , Ban.%, Orig. - , K)

Afectivitate egocentrică, preponderent impulsivă (tip color), cu o slab control (FC) și la fel de bună ca și fără frâne (G, F+%, K). Perturbări nevrotice de contact (Ban., 0 H).

Epilepsie genuină (TRI, F+%, DG – conf., denumirea de culoare, perseverație, evaluare) cu *demență de gravitate medie* (TRI, F+%,G, Do, A%, Ban.%, Orig. – K, Perseverații, Confabulări). Slabă structură suprapusă funcțională (șocuri)

(Atipic este în aceste cazuri timpul scurt și absența răspunsurilor K. Epilepticii autentici au de obicei multiple răspunsuri K, câteodată și răspunsuri kinetice secundare de formă proastă (K-).)

Clinic: (Dr. GOLDKUHL) : Ereditate: necunoscută. La varsta de 2 ani jumate poliomielită cu paralizii trecătoare pe partea dreaptă. Punctul de început al epilepsiei este necunoscut. În 1942 supravegheată într-un spital de copii. Era dornică de ceartă și nedisciplinată. I.Q. pe atunci (Binet-Simon)= 60-70. De atunci puține atacuri. Plină de viață și veselă, dar și morocănoasă și violentă. I.Q. (Terman) 1943=67. – O demență certă. Impulsivă, ușor susceptibilă, sperioasă. Afectivitate neinhibată, la cele mai mici motive de descărcare, care trec repede.

Diagnostic: *Epilepsie genuină.* Traume exogene. (La 8 ani a fost violată)

1 Tendința DG- este epileptică, distribuția ei în protocol, declanșarea lor fiind condiționată de șocuri, după cum se arată la observația privind Ban.

Nr. 25 *Epilepsie Traumatică*

Un băiat de 12 ani. (Cazul a fost publicat fără o redare a protocolului ca și cazul nr 19 în : ERIK GOLDKUHL, Test- Rorschah pe Epilepsie, Uppsala Lakareforenings Forhandlingar, 1946, Pg. 295/296.)

Protocol

I.	O	O pasăre		DG	F+	A	
			2				
Pata		(învârte) puncte mici, păsărele		Dd	F-	A	orig.-
II.	O	Un bărbat – Doi bărbați se țin de mână		G	sec. K+	H	Ban.
Roşu sus		Căciuliță	3	D	FC+	obj.	
Roşu jos		Picioare		conf. D	F-	Hd	
III.	O	Bărbați		G	sec. K+	H	Ban.
Roşu mijloc		Fluture		D	F+	A	Ban.
			3				
Roşu lateral		Un animal		D	impr. F-	A	
		Barbații sunt ca niste țapi care se întind					
IV.	O	Un bărbat, de fapt nu este asta: un uriaș	1	G	K+	H	
V.	O	O pasăre, nu, un animal, nimic	1	G	F+	A	
VI. prel. sup.		O pisică cu mustăți		conf. DdD	F-	A	
	O	Un copac, în care se urcă o pisică		conf. DG	comb. F-	Pl.	
Fanion lateral		Crengi		D	F-	Pl.	
VII.	O	Nişte doamne, nu li se vad mâinile		G	K+	H	
Treimea inf.		Genunchiul		conf. D	F-	Hd	
			3				
Negru – mijloc jos		Iar aici e ceva, ce nu am încredere[1] Să spun, e ceva obraznic, “Posteriorul”		Dd	F+	Sex.	
VIII. Roşu mijloc		O barcă (câteodată descrisă că şi chilia unui vapor, de obicei cu albastru şi gri)		D	F+	obj.	orig.+

1 Protocolul a fost făcut de o femeie

Laterale	Cu animale, ce se cațără	3	comb. D	F+	A	Ban.
Albastru+gri	Un brad de Crăciun cu crengi		DdD	CF	Pl.	orig.-
IX. Maro	Câțiva bărbați sau omuleți		D	K+	H	
Verde	Canapeaua	4	conf. D conf.	comb. F- comb.	obj.	orig.-
Roşu	Podeaua		D	F-	obj.	
Linia mediană	Un băț, drept		D	F±	Băț	
X.	(Şoc) (Protocolantă, nu a notat din păcate, de ce)					
Roşu mijloc gri mijloc	Ca o biserică		D	F+	Arch.	
Galben şi albastru lat.	Crengi în afară		D	F-	Pl.	
Verde mijloc	Câine	7	D	F±	A	
Pete închise în mijloc galben	Perle mici		Dd	F+	obj.	
Gri lateral	Șobolani mici		D	F-	A	
Verde lateral	Frunze		D	CF	Pl.	
Galben lateral	Pintenul cocoșului (plantă)		D	CF	Pl.	

Calculare: Raspunsuri: 30, Timp: 13 minute

G=7 (6+)	B= 5 (+) (2 sec)	H= 5	Pl= 6	Ban.= 4
(2 DG, 1 -)	F= 21 (11- , din care 1 necunoscut)	Hd= 2	Obj= 5	Orig= 4 (3 -)
D=20 (2 DdD)		A=9	Arch=1	
Dd=3	FC= 1(+)	Ad=0	Băț=1	
	CF= 3	Sex=1		

F+ = 43%, A=30%, Ban = 13%, Orig = 13% (+)
EF. = G-D, Succ.= aproape ordonată, TRI. = 5 : 3 ½.

Șoc culoare (X)? – 1 Combinație și multiple confabulații și combinații confabulatorii. – 2 răspunsuri kinestezice (K) secundare (II, III), - 2 Negații (IV, V) – perseverații (3X Pasăre, 3X crengi) - 2 răspunsuri complexe (genital VII, IX) – (perturbare a succesiunii la VI)

NB. Subiectul găsește testul amuzant, interpretează exagerând.

Evaluare: Inteligență nativă normală (G+, Erft., T%, V%, B) acum defectuală (F+%, Orig. - , Confabulații).

(F+% redus, confabulaţiile şi răspunsurile orig- nu au originea în debilitate cum ne arată G+, A% şi în primul rând răspunsurile K+). Guraliv şi confabulant de suprafaţă (Timp, F+%, K, Culori, Confabulaţii).

Afectivitate vitală (timp), labilă, cu o adaptare slabă (tip color), totuși relativ bine stăpânită (K+, G+)

O explicaţie pentru defectul de inteligenţă nu este ușor de găsit. În epilepsia genuină nu apare, sunt doar urme de perseverări, iar acestea ("pasăre") în formă organică brută. .("Bărbații" sunt atât de obișnuiți încât nu poate fi decis asupra unei perseverații. Doar răspunsurile K secundare și cele confabulate (DG) sunt ușor suspecte

Tabloul extern are caractere asemănatoare hipomaniei (Timp, H, Hd, sec., K, DG, F+%, G, TP.,A%, Orig%, TRI.) cotă joasă a F+%, răspunsurile originale (Orig.-), forma perseverării și mai întâi confabulațiile dau o impresie de organicitate, se încearcă clasarea acestui caz ca o encefaloză eretică, sau o stare postencefalitică. (Majoritatea epilepsiilor traumatice au o lungă durata de timp, encefalozele eretice au o durata mai scurtă).

Trebuie să fim atenți la multiplele combinații ce se fac (semnele "liens" ale doamnei MINKOWSKA), care conform lui DELAY et all., se întâlnesc des în epilepsia traumatică.

Clinic (Dr. GOLDKUHL) : Ereditate: Tata alcoolic. Incă de la naștere, hemipareză pe partea dreaptă. A avut rubeolă. Prima criză epileptică la 9 ani. A suferit un număr redus de crize majore, câteodată suferă de crize minore, timp în care se așează și este absent o scurtă periaodă. Nu are convulsii la crizele minore. Crizele majore au dispărut ca urmare a medicației, cele mici nu se lasa însă influențate. Somatic: hemipareză dreaptă cu o considerabilă slăbiciune a mâinilor şi picioarelor. Brațul drept puțin atrofiat cu uşoare contractări. Merge normal dar uşor târât. I.Q. (Terman)=72. Demență uşoară. Grosolan şi violent, uşor iritabil, exploziv, guraliv şi confabulant, de multe ori ceva ordonat.

Are o traumă cerebrală congenitală, ceea ce a dus atât la la paralizia părții drepte cât şi a epilepsiei. Schimbările de caracter în direcția erectic-hipomaniacal pot fi rezultatele aceleiaşi traume. În plus semnele unei uşoare demențe, care îi suprimă capacitățile native şi mai mult.

Diagnoza: Epilepsia secundară (post hemiplegică). Encefaloză eretica.

Psihoze organice

Nr. 26 *Demență senilă*

Pietrar de 79 de ani

Protocol

11,33 – 11,38 – 11,44

I. Laterale	Aceştia sunt urşi		D	F+	A
		2			
Întreg mijlocul	Seamănă cu un bărbat		D	F+	H

11,34½ II. Negru		Şi aceştia sunt urşi	1	D	F+	A	Ban.
11,35 III.	O	Militari	1	G	F+	H	Ban.
11,36 IV.	O	(râde) Asta ar trebui să reprezinte un om	1	G	K+?	H	
11,37½ V.	O	Un liliac	1	G	F+	A	Ban.
11,38 VI.	O	La fel ca un liliac	1	G	F-	A	
11,39 VII.	O	Asta nu ştiu, ce este asta Ceva, ce zboară prin aer	1	G	impr. F-	A	
11,40½ VIII.	O	Aproape acelaşi lucru, ceva ce zboară prin aer	1	G	impr. F-	A	orig.-
11,41½ IX.	O	Asta nu ştiu, ce ar trebuie să fie De parcă ar trebui să fie o maşină zburătoare	1	conf. G	F-	obj.	orig.-
11,43 X. Albastru lateral		Raci	2	D	F+	A	Ban.
Gri lateral		Tot peşti sau ceva în genul		D	F-	A	

Cotare: Răspunsuri:12 Timp:11 min (5/6)

G=7 (3+)	K=1 (+)?	H=3	A=8	Ban.=4
D=5	F=11(5-, din care 2 necunoscute)	Hd=0	Ad=0	Orig= 2 (-)
		Obj=1		

F+ = 55%, A = 57%, Ban.=33%, Orig=17% (-)
TP = G – D, Succ =?, TRI = 1:0? (probabil: 0:0)

O redusă conştiină a celor evocate, şoc culoare? (obs. IX) - şoc la negru? (obs. VIII) - Fenomen de ruptură (VIII)? – 1 Confabulare – Perseveraţie.

Evaluare: Inteligenţă defectuală (F+%, G - , A%, Orig % - , K)

Afectivitate redusă (TRI.), poate puţin anxios(şoc la negru?)

Demenţă organică (F+%, G - , A%, Orig % - , K, Perseveraţie de tip grosolan, confabulaţie nedefinităî F -) de tip senil (A%, Orig. - , TP., H : Hd, Persev.)

Prepsihotic, probabil psihastenic (tip color + şoc la negru + fenomen de ruptură VIII?)

Clinic: Bătrân mic şi senil. Vorbeşte apăsat. Inima: tumefiată pe partea stângă cu un sunet puternic de aortă. Picioare reci şi vinete. Dinți ciobiți. Stomatită şi faringită. Fără reacții pupilare. Făra tremor.

Complet orientat. Delir megaloman. Aude voci încă din copilărie, aude vocea lui Dumnezeu. Se crede furat. Vrea afară cât mai repede. Este senil în grad înalt (reține 3 din 5 lucruri).

Nu s-a arătat niciodată interesat de femei, nu a avut niciodată relații sexuale sau masturbare.

Vocile îi povestesc acum despre capacitățile sale. Dumnezeu îi vorbeşte şi îl roagă să călătorească în oraşul natal şi să ia în primire gospodăria părintească, care e goală şi îl asteaptă. Crede că deține un milion, pe langa asta contabilul spitalului (unde stă de mult timp) are un pachet cu 14000 coroane pentru el. Se fâstâceşte neîncrezător când e vorba să spună de unde vin aceşti bani. Daca nu i se plătesc banii, vrea să depună plângere, vrea să părăsească instituția.

Diagnostic: *Demență senilă* (paranoidă)

Epicriză: Atipic este aici timpul relativ scurt și absența răspunsurilor la culori. Tipic e un F+% scăzut, un A% ridicat, H:Hd și mai ales TP. și o putenică perseverație a confabulărilor. Lipsa răspunsurilor cromatice poate fi probabil asociată cu personalitatea prepsihotică (pacientul nu era foarte temperamental), posibil și cu durerile de inimă de care sunt legate stările depresive.

Nr. 27 *Dementia arteriosclerotica*

Contabil 72 ani

Protocol

11,34 – 11,48 – 12,11

I. Capetele marginilor	Iepuri (capete)	1	conf. DdD	F-	Ad	
Linia de îmbinare între mijloc și laterale	Acestea le ține împreună		Descriere			
11,38 II. Negru	Nişte urşi, care se sprijină unul pe celălat, cu gurile deschise, acolo picioarele	2	D	K+	A	Ban.
c Negru	Capete de urs, atunci când se întorc		D	F+	Ad	
11,41 III. O	Seamănă cu o pasăre	2	DG	F-	A	
c (sus)Picior	Un şarpe		D	F±	Ad	

11,43 IV. O	Exact, ca atunci cand vezi un urs din spate; aici se văd picioarele	1	G	F+	Ad	
11,45 V. O	O pasăre în zbor, se văd picioarele	2	DG	F+	A	
c.ramif.lat. a aripii ext.	Se văd capetele păsărilor cu cioc păsări de vânătoare, vulturi		Dd	F+	Ad	orig.+
11,48 VI. Mediana inferioară	Aici coloana vertebrală		Dd	F-	anat.	
ramif. lat.	Iar pe aici ies picioarele	3	Do	F-	Ad	
d.ramif. lat.	De aici se văd capetele, posibil o barză		conf. D	F-	Ad	orig.-
11,51 VII. Treime sup.	Animale		D	unb. F-	A	
d. (sup.) mediana şi treime inf.	Îşi împreunează botul	3	D	F+	Ad	
c. (dreapta) treime mijloc	Faţă umană		D	F+	Hd	Ban.
11,54 VIII. Mediana +albastru +gri	Un copac		D	F±	Pl.	
Laterale	Iar apoi animale	3	D	F+	A	Ban.
Roşu mijloc	Doi oameni, care stau unul lângă altul (capete)		D	K-	Hd	
11,56½ IX. Verde	Două animale	2	D	unb. F-	A	
c. Verde	Doar animale, seamănă a urşi		D	F+	A	
12,00 X. Partea de sus roşu	Două feţe		D	F+	Hd	
Albastru lateral	Animale, ce au mai multe picioare ca... (nu găseste cuvintele)		D	impr. F-	A	
c. albastru lalteral	Şi asta seamănă cu animale, mi se pare		D	impr. F-	A	
c. roşu lateral	Două păsări		D	F+	A	orig.+
c. galben mijloc	Tot păsări		D	F-	A	
c. albastru mijloc	Doi lupi (capete), care se întind unul către celălalt, se văd clar urechile		DdD	F+	Ad	

c. parte mijloc contur median roşu	O figură umană		Dd	F+	Hd	
c partea sus roşu	Două fețe, pisici		Dd	F+	A	
		12				
c gri lateral	Două păsări		D	F+	A	
c verde mijloc	Gat de lebede cu capete si ciocuri		D	F+	Ad	orig.+
c parte jos, contur parte roşu	Capete de animale (sub albastru mijloc)		Dd	F+	Ad	
c albastru lateral	Păsări pe fiecare parte (repetare?)		D	F-	A	

Calculare: Răspunsuri=31, Timp=37 min (14/23)

G = 3 (2+)	K = 2 (1-) (1+?)	H = 0	Anat = 1	Ban. = 3
(2 DG, 1 -)	F = 30	Hd = 4	Pl = 1	Orig = 4 (1 -)
D = 22 (2 DdD)	(11 - , din care. 4 impr., 3 ±)	A = 15		
Dd = 5		Ad = 10		
Do = 1				

F+ =63%, A = 81%,Ban = 10%, Orig. = 13% (±)
TP = (DG) – D – Dd , Succ. = ordonată (înclinație către întoarcere, VI)
TRI = 2:0? (1:0?)

Şoc la negru? (Succ., Do VI) – 1 Descriere (I) – Confabulări - Perseverații (3 x urși, 7x păsări) – 1 Repetare? (X) – 1 greutate de găsire a cuvintelelor, amnezie. (X).

Evaluare: Inteligență defectuală (F+%, G, TP., A%, Ban%, K) dar cu ceva resturi a unei inteligențe native, chiar bună. (Orig.+)

Afectivitate depresiv inhibată (TP.) Anxios (Do, Şoc la negru?).

Depresie (Tip endogen) (Timp, G, TP., A %, K, tip color, Hd:H)

O destul de avansată demență organică (Timp, F+%, G, DG, G - ,Dd, A%, Orig - , Pers., conf, Repetare., Perturbare în găsirea cuvintelor de tip arterioscheletic (Timp, TRI., F+%, TP., Succ., Hd : H).

Clinic. 1. Internare (6 ani înainte de test); de 2 ani sub observarea biroului de ajutor psihiatric cu diagnosticul : Demență arteriosclerotică. Mama bolnavă psihic, la fel și un frate al mamei (?), un frate al tatălui, o fiică a fratelui. De un an se simte urmărit de "Floramanditi" (hermafroditi?). În fața ochilor săi au loc orgii sexuale cinice. În gaura nasturelui jachetei sale zace "fiul de prostituată". – Un picnic liniștit si bine dispus. Fericit și mulțumit de de sine. Halucinații vivide de fețe. Nu are conștiința bolii.

Pacientul a fost însurat, are 2 copii; de 7 ani (înainte de prima internare) pensionat. Memoria sa s-a înrăutațit. Crede acum că în casă se află între oglinzi și aparate de filmat și că

acolo se joacă de 2-3 ani scene obscene. Femei goale se uită la el. Mai ales, l-a urmărit o fetiță mică pe care acum o are în buzunar. Mai târziu ea a plecat însă în secția pentru femei.

A 2-a internare (un an mai târziu): Fetele nu îi dau pace. Stau mai ales pe umărul său stâng, una îi arde ochii și îl ține noaptea treaz. Până și în pernele sale e plin de fete. El le prezintă la vizite. În rest liniștit și inert. Citește mult și urmărește constant evenimentele lumii. Doarme bine.

A 3-a internare (2 ani mai tarziu): Între timp are halucinații încontinuu. Un medic a trimis 50 de oameni ca să-l ajute să prindă fetele. Dar nu au reușit. Între timp învinovățește medici și asistente că fac parte dintr-o ligă care îl urmărește. Într-un tablou locuiesc 50 de urmăritori, în perne vreo 3-4. Aceia nu pot fi sănătoși și ar trebui consultati de catre medic. – In rest liniștiti cu pozitiv curajos.

A4-a internare (1 an mai târziu, 1 an jumătate înainte de a i se face testul): Situație înrăutățită. Acum fără poftă de mâncare și murdar. Complet posedat de halucinații. Vede liliputani care duc o viață imorală. Liliputanii sunt surdo-muți. “Brita” e lunga de jumătate de metru și a început să fure. De 4 ori ea a avut cădere nervoasă reală. Duce o viata imorală cu un breloc[1] lung care e la fel de subțire ca o carte. O arată pe Brita în perne. Ea este înlăturata cu electrosocuri, dar nu pentru mult timp.

Ultimul raport al medicului șef (4 ani dupa test) : Halucinatii vivide, stări de confuzie, idei delirante fantastice, tulburări de vorbire.

Diagnostic: *Demență arteriosclerotică.*

Epicriza: Nici un factor nu e aici atipic; Timp, F+%, A%, “voci”, și mai ales tipice sunt TRI., TP. Succ. și relația Hd : H.

Nr 28. *Demență paralitică*

Gropar 47 ani.

Protocol

14,02 – 14,09 – 14,16

I.	O	Liliac		G	F+	A	Ban.
			1				
		Ce altceva sa fie?					
II.	O	O procedură de dezvoltare a nuanțelor culorii		G	CF	Culoare	
			2				
Roșu		Sânge din nas		D	C	sânge	
III.	O	Caricatura lui Albert Engstroms		G	F+	H	Ban.
			1				
Roșu		Cu același joc de culori		Descriere			

1 Bammel- în germană semnifică și breloc, dar și spaimă, așa că este un joc de cuvinte specific

IV.		Acum a dispărut culoarea		Descriere			
		Tonurile de culoare devin la intuneric mai bune	1	Evaluare			
	O	O față de masă		G	F+	obj.-	Ban.
V.	O	Lilic, acum mai mult		G	F+	A	Ban.
			1				
		Table fine		Evaluare			
VI.		Acum a dispărut cărămiziul		Descriere			
			1				
	O	Blană de cojocărie		G	F+	A	Ban.
VII.	O	Fulgi de nor	1	G	ClobF F(C)	nori	
VIII.	O	Joc de culori		G	C	Culoare	
			2				
	O	Arată ca Rozmarie (probabil de pe un film)		conf. G	F-	H	orig.-
IX.	O	Încă o pată de culoare, cum fac copiii la început	1	G	CF	Culoare	
X. Galben		Aici s-a ajuns la galben		D	C	Culoare	
	O	Simsalabim (o incantație ce are trebui să exprime impresia haotică indusă de culoare)	2	G	CF	?	
		Astea sunt toate frumoase		Evaluare			

Calculare: Răspunsuri = 13, Timp = 14 min (7/7)

G = 11 (5+)	K = 0	H = 2	Nori = 1	Ban. = 5
D = 2	F = 6	Hd = 0	Sânge = 1	Orig. = 1(-)
	F(C) = 1 (ClobF)	A= 4	Culoare = 4	
	CF = 3	Ad = 0	? = 1	
	C= 3 (1 denumire culoare)			

F+ = 83%, A = 33%, Ban. = 42%, Orig = 8% (-)
TP. = G +, Succ =?, TRI. = 0 : 7½ (fără denumirea culorii: 0 : 6)

Conștiința interpretativă redusă – șoc cromatic? (CF, Sânge II, Descr. III, Forme VIII-X) Descriere (III, IV, VI) – 1 denumire de culoare – 1 confabulare (VIII) – Perseverație (joc de culori etc.) – 3 valorizări (IV,V,X)

Evaluare: Inteligență nativă cel puțin medie, poate puțin peste (F+%, A%, "Procedura de dezvoltare", "Albert Engstrom"), acum inteligența defectuală (G - , Orig. - , K). Banal (0 K, G -)

Demența organică de grad mediu (TRI., G+, D, Orig - , K, Perseverație, Interpretare, Confabulare, Denumirea culorii, Evaluări), eventual cu o supreastuctura functională (?) (şoc cromatic?).

Clinic: Debutul bolii acum 10 ani, cu idei fanatice privind religia. La prima internare avea pusee maniacale: Temperament, hiperactivitate, fugă a ideilor. Se prezintă ca: "Numele meu este E. Eu aparțin vechiului testament. Pedepsit de mai multe ori pentru furt. 1918 sifilis (prima internare 1934) – Isus vorbeşte prin el. A văzut porțile cerurilor. Exaltare bine intenționată.

Transferat în alt spital. Tratamentul a trebuit întrerupt din cauza unor probleme cardiace. Acolo era exaltat, confuz şi incoerent în vorbire. O perioada, neliniştit şi violent. Dorințe megalomane. După tratament şi mai neliniştit, işi ia o postură patetică şi predică cu voce tunătoare, el ar fi Dumnezeu tatal sau fiul lui Dumnezeu.

A 2-a internare (câteva luni mai târziu): Cântă şi vorbeşte vivace. El este un vindecător, iar Isus vorbeşte prin el. Docil- magaloman. Halucinații auditive şi tactile vivide, simte curenți şi raze. Lucrează în aer liber cu întreruperi, atunci cînd ideile ce îl influențează devin prea puternice. Îl urmăresc japonezii cu un război între rase. Îi pun plăci fierbinți sub pat ca să se ardă.

În general prietenos şi amabil, doar câteodată morocanos şi zgârcit; atunci comentează asupra mâncării, crede ca e otravită. Ultimii 3 ani a fost liniştit cu puține episoade unde devine de necontrolat şi violent. Acum e dement, are halucinații de toate tipurile. Scrie mult într-o anumită limbă (salată de cuvinte).

Diagnostic: *Paralizie generală progresivă (de tip „manierat")*

Epicriza: Atipică e aici absența DG, care de altfel se întalnesc la toți paraliticii, și A% scăzut, pe de alta parte nu e lipsă a K. TP., TRI., denumirea culorilor și confabulările asigură diagnosticul de "demență organică". Tabloul specific Rorschach al Dementia Paralitica (dacă exista unul) nu este însă unul sigur.

Nr. 29 *Encefalopatie traumatică (Encefalita)*

Director (Comerciant) 27 ani

Protocol

12,09 – 12,17 – 12,27

I.		Ceva aplatizat, ceva nedefinit oricum		Descriere		
	O	Ar putea fi de exemplu o hartă	2	G	F±	Hartă
	O	Ar putea fi o secțiune prin ceva		G	impr. F-	Secțiune
12,11						
II. Negru		Arată a urși, capete		D	F+	Ad
dito		Sau aproape capete de câini	3	D	F+	Ad
Roșu sus		Arată sincer a urme de picior, nu, mai degrabă a picior		D	F-	inf. Hd

	12,12½						
III.		Ah! Devine din ce în ce mai rău, ar fi putut fi pictor		Critica subiectivă			
c	O	O hartă a Europei, partea cu roşu e ocupată de URSS	1	G	CF	Hartă	orig.-
a	O	Doi bărbaţi amuzanţi		G	K+	H	Ban.
	12,14						
IV.	O	Seamănă cu o radiografie		G	ClobF F(C) impr.	anat.	
	O	O oarecare fosilă	3	G	F-	Fosilă	
c. Partea de mijloc		Un cap cu ochi. de ex. a unei vaci		D	F+	Ad	
	12,16						
V.	O	Liliac	1	G	F+	A	Ban.
	12,17						
VI.	O	Arată ca o dihanie preistorică		G	F-	A	
			2				
	O	Sau ca o blană întinsă		G	F+	A	Ban.
	12,18½						
VII.	c (jos) 2/3	Câteva figuri amuzante cu barbă, gât şi picioare	1	D	F+!	H	
	12,20½						
VIII.	Laterale	Lupi		D	F+	A	Ban.
		Culorile sunt puse comic laolaltă	2				
Roşu mijloc		Din asta poţi scoate un cap ca unul de taur		D	F+	Ad	
	12,22½						
IX.		Iar este ceva suprareal					
			1				
d Roşu (sus)		Capul unui om de conducere, căruia i se prelinge nasul		D	F+	Hd	Ban.
	12,24						
X Verde mijloc		Două omide – dar restul?		D	FC+	A	Ban.
c Gri lateral		Ar putea arăta ca un crab, dar lipsesc câteva linii		D	F-	A	
				Critică obiectivă			
			4				
c Roşu mijloc		Un lanţ muntos, copiat		D	F+	Hartă	
(cel mai jos) exterior roşu		Un cocker spaniol, când stă		D	F+	A	

Cotare: Răspunsuri = 21, Timp = 18 min
(8/10)

G = 9 (3½ +)	K = 1	H = 2	Fosilă = 1	
D = 12	F = 17 (5-, din care 2 nedefinite, 2±)	Hd = 2		
	F(C) = 1(ClobF)	A = 7	Secțiune = 1	
	FC = 1 (+)	Ad = 4		Ban. = 6
	CF = 1	Anat = 1		Orig = 1(-)
		Harta = 3		

F+ = 65%, A = 52%, Ban. = 29%, Orig = 5% (-)
TP. = G – D, Succ = ordonata, TRI = 1: 1½

Autocriticâ și critica obiectului– șoc cromatic (obs. și Orig. – III, obs. VIII, obs. IX, obs. X)

Șoc la negru (Forme I, Forme IV) – 1 descriere (I) – 2 răspunsuri “sau”(II, VI)

Se manifestă perseverația (tip ruminativ) (2 x Harta, Fosila și dihanie) – 1 răspuns infantil + 3 interpretări de hartă – 1 negare (II)

Evaluare: O ușoară defecțiune organică a inteligenței (F+%, G+, A%, Orig- , K) cu un contact intelectual bun.

Pacientul este încă de acasa un copil mare (răspunsuri inf. + interpretare a hărții), naiv și încrezător, iar acum prin suferințele sale și mai superficial și pripit. (Forme, timp)

O afectivitate destul de vivace, puțin labilă și nu destul de infrânată (culori, TRI., G +, F+%) cu nesiguranță (autocritică, răspunsuri nesigure, “sau”, negări) și cu ușoare reacții nevrotice (șocuri).

Encefalita tipică (TRI., F+, G - , A%, Orig - ,K, Persev., Critică) (pentru o stare organică infecțioasă perseverarea nu este suficient de masivă, dar mai ales timpul e prea rapid) cu afectivitate relaxată pseudo-hipomaniacală (timp, tip color, F+%), simptome neurasteniforme și disforie (autocritică, răspunsuri “sau”, negări, șoc la negru, ClobF) (Nu e o psihastenie constituțională !). Se constituie într-o demență organică ușoară ce se manifestă prin dificultăți în a produce concepte concrete (forme nedefinite !).

Encefaloză cu o ușoară demență organică și simptome neurasteniformă. Psiho-infantilism.

Clinic: Părinții au murit când pacientul era încă mic. Școlarizare normală. Bacalaureat, pregătire în comerț. Acum are propria afacere.

În 1940 o fractura craniană (cu pierdere a unoștinței). Fără simptome post-comoție, totuși dureri de cap. Suferă (de la fractura) de stări de absență. Infiltrații musculare, cifoză în partea dorsală superioară. Dantură foarte stricată.

Se simte tern și fără putere. Supărarea și efortul psihic îi înrăutățesc starea.

Limba deviată spre stânga, atrofiere în jumătatea dreaptă a limbii. Reflex Babinski pozitiv,, EEG incert. Puncția lombară: 4 limfocite și 4 leucocite mari, mononucleare, globuline 0 (?), albumine 15. Greutate de adaptare a ochiului stâng (astenopie accomodativa)

Diagnostic: *Sechele de traumatism cranio-cerebral. Cifoză dorsală. Encephalpatie traumatică. Nevroză traumatică.*

Epicriza: Atât datele clinice cât și testul Rorschach dau detalii mai profunde privind etiologia pre-traumatica a absențelor. Din protocolul Rorschach nu se pot aduce argumente pentru o constituție ixoidă, deoarece perseverația (în sine ușoară) este explicată de traumă, iar alte semne ixoide lipsesc.

Nr. 30 *Psihoză alcoolică (Delir de gelozie)*

Procuror 52 ani

Protocol

13,47 – 13,53 – 14,00

I.	O	Ca un craniu sau ceva de genul	1	G	F-	anat.	
13,49 II Negru		Silueta a doi câini (capete) Cred că ajunge	1	D	F+	Ad	
13,50 III.	O	Acestea nu sunt imagini ușoare O caricatură a două zone	1	G	F+!	H	Ban.
13,51½ IV.	O	Un fel de blană de animal, ce fel de animal este, e greu de stabilit	1	G	F+	A	Ban.
13,52½ V.	O	Liliac (lasă imediat tabla jos)	1	G	F+	A	Ban.
13,53 VI.	O	Și asta un fel de blană de animal	1	G	F+	A	Ban.
13,54 VII.c	O	Un animal cu picioare posterioare și frontale, un fel de iepure	1	conf. DG	F-	A	orig.-
13,56 VIII.	O	Secțiune a unui corp uman (lateralele = plămânii)	1	conf. DG	CF	anat.	
13,57½ IX. c	O	Tot o tablă anatomică	1	G	CF	anat.	
13,58½ X.	O	Tot o tablă anatomică cu plămânii (roșu mijloc) Nu ma pricep așa de bine la anatomie	1	DG Critică subiectivă	CF	anat.	

Cotare: Răspunsuri = 10, Timp =13 min (6/7)

G = 9 (5+) (3 DG -)	K = 0	H = 1	Ad = 1	Ban = 4
D = 1	F = 7 (2 -)	Hd = 0	Anat = 4	Orig. = 1 (-)
	CF = 3	A = 4		

F+ = 71%, A = 50%, (Anat. = 40%), Ban = 40%, Orig = 10% (-)
TP = G ±, Succ =?, TRI=0: 3

Conșiința interpretativă redusă (subiectul spune la sfârșitul ședinței : "sper să fi fost ceva bine la toate acestea") - Autocritică – șoc cromatic? (obs. III, doar anat., CF la VIII-X)

Confabulări- stereotipii anatomice cu perseverații. Subiectul dă nonșalant- doar răspunsurile cele mai "ieftine".și manifestă un oarecare mod de-a veni în întâmpinare alunecos, târâș.

Evaluare: Inteligență ușor defectuală (F+%,G ± , Ban %, Orig. - , K), foarte banal (Ban%, Orig. %), superficial și comod (răsp., G ±, A%, Ban%, obs.II) nu e în concordanță cu adevărul (conf.)

Afectivitate relativ neinhibată, nevrotic-labilă (CF, F+%, K, G ±, șoc color?). Dedicat dispozițiilor de moment (CF : Dim). Probabil și idei ipohondre (Anat.)

Demență organică incipientă (TRI., F+%, G - , DG, D, K, Orig-, Persev., relatări, confabulări, critica). Tendințele hoțești nu sunt excluse aici (DG, TRI., CF), pacientul pare să fie oricum de neîncredere chiar în afaceri.

Clinic: Tata bețiv. Pacientul bea și el la sfârșit de săptămână de 30 de ani încoace. Însurat și divorțat. De 4 ani însurat din nou, un copil de 6 luni. Foarte gelos. În ultimii ani i-a verificat soției lenjeria intimă și face acuzații ireale la adresa ei. A încercat o data să își maltrateze soția; a fost chemată poliția; soția sa se teme acum de el. Pacientul nu a mai putut dormi.

La internare, subfebril și anemic (Clob. 79%), plebectazie în obraji, sclere oculare galbene. Liniștit, dar anxios. Suferă de insomnii. Orientat. Minimalizează dependența sa de alcool. Încearcă să iasă din afaceri datorită ideilor sale generate de gelozie/suspiciune, când realizează că acestea sunt văzute ca niște simptome. Recunoaște că a cercetat lenjeria soției pentru găuri sau pete, însă nu crede că a fost infidelă. Dupa relatarea orală a medicului de secție sunt scoase în evidență și nereguli legate de afaceri.

Diagnostic: *Psihoză alcoolică* (Ideație prevalentă de gelozie/suspiciune).

Psihoze psihogene

Nr. 31 *Tulburări de conștiință*

Muncitoare 36 ani

Protocol

11,14 – 11,27 – 11,40

I. Detaliu de nedefinit, în interiorul jumatății din stânga	Un vițel mic (cap) Altceva nu pot să văd	1	conf. Dd	F-	Ad	orig.-
11,16 II. Negru	Două animale, dar de care? De ex. doi câini	1	D	F+	Ad	
11,18 III.	Nu aveți voi să credeți că sunt nebună doar ptr. că am sărit pe fereastră.					
O	Sunt doi bărbați, asta văd eu, da ce fac nu pot să văd	2	G	K+	H	Ban.
b Roşu exterior	Două maimuțe, care (râde)		D	F+	A	
	Acum doar nu credeți că sunt nebună pentru că spun ceva greşit.		Critică subiectivă			
	(primește explicație, că sunt doar pete)					
11,22 IV. O	Un om bătrân, din timpuri îndepărtate așa cum vezi în filme, un fel de conducător (plânge)	1	G	K+	H	
11,26 V. O	Un liliac		G	F+	A	Ban.
O	O bufniță nu poate să fie, aceea nu e așa de mare. (probabil din cauza urechilor)	2	Critică obiectivă conf. DG	F-	A	orig.-
11,27 VI. O	Ce Dumnezeu mai e şi asta?					
Mediana + prelung. sup.	Un stâlp, o figură, ce stă într-un parc	2	D	impr. F-	obj.	
Partea principală	Atunci ar trebui sa fie cealaltă ceva mai verde		conf. D	F-	Culoare	orig.-
11,30 VII. Treimea sup.	Ambele de sus arată ca două bătrâne		D	F+	Hd	Ban.
Treimea jos	Doi copii	3	conf. D	F-	Hd	orig.-

Treimea mijlocie	Şi acestea arată ca nişte copii ambele de aici		D	F+	Hd	(Ban)
11,32 VIII. Laterale	Arată ca două animale, ar putea fi chiar doi şobolani (râde)	2	D	F+	A	Ban.
Întreg mijloc	și cealaltă arată un om (gri = capul)		D	F-	H	
11,35 IX. Maro	Doi bătrâni care stau	1	D	K+	H	
11,37 X. Gri mijloc coloană separat	Și asta ar putea arăta un om, fața lui	1	DdimDd	Ve F(C)+	Hd	TP orig.+

Cotare: Răspunsuri = 16, Timp = 26 min. (13/13)

G = 4 (3+) (1 DG -)	K = 3 (+)	Hd = 4	Obj. = 1
D = 10	F = 12 (6 - , din care 1 necunoscut)	Hd = 4	Culoare = 1
Dd = 2 (1 DdimDd)	F(C) = 1 (+) (DdimDdF[C]+)	A = 4	Ban = 4 (5?)
		Ad = 2	Orig. = 5 (4 -) (1 TP. +)

F+ = 50%, A = 38%, Ban = 25% (31%?), Orig. = 31% (+)
TP. = G – D, Succ. = ordonat, TRI. = 3 : 0

Conștiința interpretativă redusă (obs III), Autocritică și critica obj. (III,V) – 4 Confabulări – Perseverație (2x copii, bărbat IX și X) – culori policrome la pl. negre (VI) – 1 negare (V) 1 contopire figura-fundal (X), - cel puțin 1 , poate 3 răspunsuri complexuale (stâlp într-un parc VI; bărbat VIII, fața unui om X) – (Perturbarea la VI are probabil motive complexuale)

Evaluare: Inteligență habituală bună corespunzătoare mediei, pare a fi chiar puțn peste (A%, Ban%, 1TP. Orig+, 3K+).

Pacienta este aparent cu o afectivitate inhibată (TRI.) închisă lipsită de afecte (0 culori, dar 1 F([C]). Contactul ei este mai mult intelectual decât afectiv (Ban, tip color, F[C]), și este nesigură (autocritică, negare)

Probabil are o putenică legătură cu tatăl (răspuns la pl. IV). Cea mai întâlnită trăsătură patologică a acestui protocol sunt cele 4 confabulări. În legătură cu numarul modic de răspunsuri (la limita de jos a normalului), timpul lung de racție, un F+% scăzut, și mai ales a perseverației (de formă organică), te duce cu gândul la o stare organică defectuală. Fenomenul răspunsului colorat la palanșele negre a fost constatat și de PIOTROWSKI la organici (p. 52/53). Cu privire la fractura bilaterală a calcaneului este posibil ca pacienta să se fi lovit cu călcâiele de podea, făcând astfel o comoție mai ușoară.

Și totuși nu trebuie să privim tot protocolul ca o influențare de către această comoție (substituentă). Aceasta complicație organică este mai degrabă secundară. Într-un tablou

organic pur nu am putea vedea cei patru factori: 3K+, 3G+, (din 4), absența totală a culorilor și un A% scăzut. Pe de alta parte trebuie avut în vedere că perseverația are aici o formă organică în conținut, dar în acest caz, relevant pentru conținuturile conflictuale actuale (bărbat și copil).

Trebuie avut în vedere faptul că protocolul în esența lui e condiționat de starea psihică care s-a instaurat înaintea comoției și a dus la tentative de suicid.

În acest caz sunt trei condiții de mare importanță :

1. Raportul total între confabulații (respectiv Orig -) și celelalte răspunsurile rămase. În timp ce în ologofrenie și în demența organică (cu excepția tulburărilor foarte ușoare) confabularea este reprezentată de răspunsurile cele mai proaste din cele medii proaste, nivelul total fiind sub medie, la demența schizofrenică apar oscilații între răspunsuri foarte bune și foarte proaste, iar nivelul total mediu schimbă nivelul de răspunsuri între media normală și confabulații. Este ca și cum procesele psihice ar alterna încontinuu între gândirea logică normală și cea hiponoic-catatimă. Aici pare a fi diferența între imaginea Roschach al tulburării de conștiință din psihozele psihogene și cea din psihozele procesuale. (Ca diagnostic diferențial cu schizofrenia intervine doar contactul intelectual bun, Ban% normal)

2. Din răspunsurile complexualee două se referă sigur, iar un al treilea, probabil, la conținutul situației conflictuale (conflictul familial): bărbatul din planșa VIII și fața barbatului din planșa X. Contopirea figură-fundal după presupunerile lui Roschach este un "răspuns dorință". Pacienta se teme ca prin pașii greșiți pe care îi face, prin stările de depresie și prin delasarea obligațiilor casnice, să nu își piardă bărbatul.

Al treilea răspuns complexual (un stâlp, o figură care stă în parc) se pare că este un răspuns simbol care ține tot de conflictul sexual (sterilitatea bărbatului, sau propriul adulter)

3. Întoarcerea ciudată a raportului normal între F+% si K-. Raportul existent (3K+ la F+% scăzut) este de altfel (în afară de excitația maniacală) tipică mai ales pentru epilepsie. Interesant este că tocmai pentru epilepsie, dintre psihozele endogene, este caracteristic clivajului, disociației conștiinței (Fugi și stări crepusculare). Din toate aceste motive (privind anamneza cazului) putem conchide că pacienta, în urma situațiilor conflictuale, a dezvoltat o depresie psihogenă iar în final ajunge la un clivaj disociativ psihogen al conștiinței.

Rezumat: prepsihotic: inteligența normala la personalitate închisă și inhibată afectiv.

Psihoza psihogenă acută + comoție cerebrală.

Clinic: Pacienta a fost cu 6 zile înainte într-o secție de chirurgie acuzând fractura coloanei în zona toracală, fracutra bilaterală a calcaneului, fractura osului sacru și al coccisului.

Înainte nu era deprimată. Înainte cu 5 saptămâni naște, primipară, desfășurare normală. Apoi depresie ușoară. Nu era obișnuită să stea acasă și era nervoasă pentru că nu putea liniști copilul. Pacienta nu putea ține casa în ordine, la vizite nu vroia să deschidă. Căsnicia era bună până atunci, dar fără copii din cauza sterilității bărbatului. Când pacienta în a rămas însărcinată, bărbatul și-a dat seama că nu putea fi el tatăl. Relația dintre soți s-a răcit,

dupa naștere, ea recunoscându-i bărbatului ruptura în căsnicie. Ea era vizibil deprimată. Bărbatul a intentat divorțul, începând însa apoi să iubească copilul, iar apoi s-a decis să păstreze copilul, celalalt însă trebuind să plătească. Acest lucru nu a însemnat o iertare sinceră și i-a indus un conflict sentimental cronic femeii. Ea a amenințat de mai multe ori că se îneacă. Bărbatul a chemat medicul care a propus o trimitere la clinica de psihiatrie, pacienta neputând observa că ceva e în neregulă.

În ziua internării pacienta a părăsit casa de dimineață și nu mai vroia să se întoarcă la bărbatul și copilul ei. S-a dus la sora ei, care i-a povestit că bărbatul ei a anunțat poliția să o caute. Lăsată singură un moment, pacienta a sărit de la etajul 3 pe fereastră. A fost găsită întinsă pe spate, fusese probabil un moment inconștientă, putea însă să răspundă.

La intenare: temperatură normală, nesângerând, un pic palidă. Tensiunea 100/50, puls 80, regulat. În dimineața următoare, un pic neclar.

Nu avem un diagnostic psihiatric deoarece acest caz provine de la secția de chirurgie.

Nr 32 *Reacție paranoidă fără halucinații*

Funcționară 27 ani, măritată

Protocol

11,23 – 11,36½ - 11,49

I. Intrior mijl.	Un fel de gândac		D	F+	A	
c. negru în mijloc + line de legătură	Un vultur, cu aripile în jos		Dd	F+	A	orig,+
c. negru în mijloc (Buddha)	Un om cu mâneci de kimono	5	Dd	K+	H	orig.+
c. (stânga) jumătate	O hartă, fotografiată de sus		D	ClobF F(C)	Hartă	
c.pată (sus)	Note muzicale mici, care se învârt în aer		Dd	F+	Note	orig.+
11,27						
II. b. negru (sus)	(rade) Este cumva un bour?		D	F+	A	
	Chiar nu știu					
	Nu am fantezii, asta mi-a luat totul și nu mi-a dat nimic în schimb	2	Critică subictivă			
a. roșu jos	O inimă, ruptă în două		D	CF	Inimă	orig.+
11,29½						
III.	Acum devine amuzant					
O	Doi bărbați drăguti cu pantofi cu toc și zgardă		G	K+	H	Ban.
	Se îndoaie către latura greșită					

roșu mijloc	Doi plămâni		D	CF	anat.	
negru mijloc	Cutia toracică a unui schelet		D	F-	anat.	
		6				
dito c	Așa împrejur ar putea arăta ca o mască de teatru		DdimD	F+	Hd	
c picioare	Mâini și picioare întinse		Do	K+	Hd	
b. roșu exterior	Animale ciudate		D	F±	A	
11,33						
IV.	Este aproape sinistru					
O	Poate o blană trasă în afară		G	F+	A	Ban.
		2				
c.prelung. lat. mari	Două capete de animale, pudel, care latră dar nu au urechi		D Critică obiectivă	F+	Ad	
11,35½						
V. O	Un liliac		G	F+	A	Ban.
		1				
	Asta e un liliac și nimic altceva					
11,36½						
VI. ramif. sup.	Un fel de animal zburător, care e văzut de sus se pare că vrea să zboare dar nu se poate înălța		D	F+	A	
mici linii în vârful de sus	Are mustăți ca o pisică		cont. Dd	F+	A	
b. jumătate sus a părții principale	Tot un animal fantastic		D	impr. F-	A	
		4				
d. ambele ramif. (sup)	O femeie ce face exercitii, dar nu are cap (trunchi = sup ramif. picior = rami mici)		D	K+	H	orig.+
11,40						
VII. treimea de sus	Două capete de femei, care au câte o pană pe cap		D	F+	Hd	Ban.
dito	Ar putea fi Spania și Portugalia; dar apoi aici nu e bine (treimea din mijloc)	2	D Critică obiectivă	F±	Hartă	
11,42						
VIII. Laterale b	Un animal, care merge peste pietre un ochi		D	F+	A	Ban.
c Roşu mijloc	Ar putea fi o bluză cu fermoar	2	D	FC+	obj.	
	La fel ca pe pagina cealaltă (se referă la animale)		Simetrie			

11,44					
IX. Maro	Ca magicienii bătrâni cu pălărie, barbă haină lungă etc.	D	K+	H	
d. Verde (sus) partea mai mică (Păpușa)	Un copil mic care fuge de ceva	Dd	K+	H	orig.+
	3				
d. Întreg verdele	Un om stă pe o piatră (profil)	D	F+	Hd	
	Pe partea cealaltă e același lucru	Simetrie			
11,47					
X. O	Acestea sunt creaturi marine, daca ar trebui să fie ceva.	G	CF	A	
Gri mijloc	Capete de păsări, care se uită urât unul la celălalt 4	D	F+	Ad	
Verde mijloc	Un trofeu de vânătoare	D	F+	Ad	
Galben mijloc	Aici doi câini	D	F+	A	

Cotare: Răspunsuri = 31, Timp = 26 min. (13½ / 12½).

G = 4 (3 +)	K = 6 (+)	H = 5	Harta = 2	Ban.=5
D = 21 (1DdimD)	F = 20 (2 - , din care una nedefinită, 2+)	Hd = 4	Note = 1	Orig = 6(+)
Dd = 5	F(C) = 1 (ClobF)	A = 11	Inima = 1	
Do = 1	FC = 1 (+)	Ad = 4		
	CF = 3	Anat = 1		
		Obj. = 1		

F+ = 85%, A = 48%, Ban.= 16%, Orig = 19% (+)
TP. = G – D – Dd, Succ. = aproape ordonată, TRI. = 6 : 3½

Autocritică (în legatură cu o învinovățire stranie paranoidă) – Critică obiectului (IV, VII) – Șoc la roșu (obs II, obs. III?) – șoc la negru (TP. I, Obs IV) cu tendință de supracompensare – 1 blocaj sofropsihic (distanța între locuri) – Simetrie (VIII, IX) – 1 contaminare (VI) – 1 răspuns sub formă interogativă (II) – 1 interpretare de mască (grupa I) – 6 răspunsuri complexuale (3 x lipsit de apărare :1) vultur cu aripi atarnânde I, 2 mâini întinse III, 3) un animal, care vrea să zboare dar nu se poate înalța VI; 1x frică : un copil mic care fuge de ceva IX; 1 x lamentație : o inima care e ruptă în două II; 1 x luptă de apărare : o femeie care face exercitții (K Orig. Pl.VI) – 1 x ochi.

Evaluare: Inteligență bună (F+%, A%,Ban%, Orig. %, K), în ciuda afectivității labile și introvertite (TRI).

Productiv, fără tendințe de confabulare (TRI) configurează, dar nu inventează.

Afectivitate proponderent labilă, în general bine stăpânită (culori, K, G+, F+%) dar cu tendințe de lamentație (răspuns complexual: inima ruptă în două)

Nevroza fobică, a cărei geneză infantilă este încă direct vizibilă,(șoc la negru și la roșu, Do, ClobF, forma interogativă, simetrie, răspuns complexual: copil, care fuge de ceva, drept K și alte răspunsuri complexuale), cu componente stenice (șoc la negru supracompensat, inhibiție sofropsihica, răspuns complexual: femeie ce face exerciții libere).

Constituție schizoidă (timp, DdimD, H : Hd, contaminare, tip de rezonanță) de tip paranoid (TRI, observația II, ochi)

(Fenomene postcomoționale obișbuite, nu sunt de găsit în acest protocol; trebuie luat în considerare că și abuzurile mamei și comoția din copilărie au fost "reinterpretate")

Împotriva unei schizofrenii ca proces pledează: contaminarea este controlată de către realitate cum reiese din următorul răspuns "și un animal fantastic". Confabualrea și orig-lipsesc.

Supracompensarea parțială a șocului la negru, inhibiția sofropsihică și răspunsul complexual " femeia care face exerciții libere" (VI) fac referire la componete constitutive stenice: aceste răspunsuri originale K arată literal cum pacienta "antagonizează", pacienta este un actor al luptei de apărare. Proiecția paranoică stă în slujba apărării împotriva anxietății fobice. Alegerea acestui mecanism de apărare este condiționat constitutiv.

Patogeneza acestei paranoia psihogene pare a fi urmatoarea:

1. O constituție paranoico-schizoidă fără fundamenttul ereditar pentru psihoza proces.

2. Componente constitutive stenice, deci nu subvaliditate. (fără șoc cromatic, doar șoc la roșu: șoc cromatic supracompensat)

3. O noxă a mediului din copilărie, pe baza careia a dezvoltat o fobie infantilă. Anxietatea fobică va fi respinsă de către natura luptătoare a personalității, cu ajutorul mecanismelor de proiecție: realitatea va fi în așa fel transformată încât forțele amenințătoare interne să fie transpuse în mediu : reacția pranoidă.

Clinic: pacienta s-a născut în străinatate, tatăl era topograf, căsnicia părinților s-a destramat când pacienta avea un an. O soră a mamei s-a sinucis, mama suferise și ea depresii în tinerețe. Pacienta a fost crescută de către mamă, de meserie croitoreasă. Stare materială proastă, pacienta suferea în copilărie de foame și a fost neglijată des de către mamă. Un unchi din străinătate i-a plătit școlarizarea la școala de teatru, dar după finalizarea studiilor a început războiul, iar pacienta a trebuit să se angajeze ca funcționară. S-a măritat pe la finalul razboiului cu un cetățean scandinav, care din motive politice a fost încarcerat. În această perioadă pacienta a trăit din ajutor social. 3 copii, din care unul dat spre adopție.

În copilărie mai multe comoții cerebrale suferite din cauza bătăilor primite de la mama. A fost o perioada "plecată/ absentă", stări de vomă. Ca adult nu a avut comoții. A fost întotdeauna labilă afectiv cu inclinație spre sentimentalisme și scene isterice.

În urmă cu un an a stat într-un ospiciu timp de 2 luni. În ultimii ani a avut mai multe perioade de depresie, o tentativă de suicid când a trebuit să nască copilul dat ulterior spre adopție. În ultimele luni înainte de internare, neîncredere în toți prietenii vechi. Scria scrisori fără conținut și fără logică, a devenit dușmănoasă și răzbunătoare cu cei din jurul ei. Idei de suicid. Idei de persecuție (se țese un complot împotriva ei), idei delirante bine fixate.

Se crede furată, agresivă, ridicolă, sarcastică, amară, nerezonabilă; cu timpul mai accesibilă. Șase electroșocuri fără succes. Diagnostic: psihoză paranoidă psihogenă.

Acum au apărut din nou tentativele de suicid din care cauză e reinternată. Motivul a fost preocuparea ei pentru soț și neîncrederea în el. Acesta a fost închis pentru doi ani. În această perioadă pacienta a locuit la soacra ei, cu care însă nu se întelegea bine. Ea susține că în urmă cu trei ani a fost violată de un coleg de studii al soțului, relație pe care a acceptat-o nesilită timp de o lună. Copilul a fost dat spre adopție. După acest episod s-a înrăutățit și mai mult relația cu soacra.

Pacienta susține că bărbatul a băut banii, nu crede însă că ar fi fost infidel. Este de parere că familia bărbatului îl împinge spre persoane care îl determină să bea. Se avea intenția de a-i provoca ei o cădere nervoasă, pentru ca bărbatul să o părăsească. Pacienta este din nou gravidă în luna a 4-a,dar se bucură de copil.

Depresia se atenuează după câteva zile. Ideile paranoide se mențin însă. Medicul din ospiciu ar dori să ajungă la moștenirea ei din străinatate. Se simte maltratată, oboseala și vocea slăbită lasă o impresie de aspect funcțional, la fel ca mersul leganat (abazie isterică).

Diagnosticul spitalului la externarea din maternitate: psihoză paranoidă (psihogenă?)

Epicriza: Cazul nu este foarte sigur din punct de vedere clinic, pentru că caracaterul psihogen al psihozei după recidivă fusese pus la îndoială de ambele clinici. Protocolul Rorschach arată o participare puternică a factorului constituțional. Doar o urmărire, poate peste ani, poate aduce o lămurire decisivă.

NOMENCLATURĂ ŞI PRESCURTĂRI

Nomenklaturen

DEUTSCH		ENGLISH		FRANCAIS	
Signum	**Bezeichnung**	**Symbol**	**Designation**	**Symbole**	**Designation**
Antw.	Anzahl der Deutungen Lokalisation	**R**	Total Responses Location (The area chosen)	**R (ou N)**	Nombre des responses Localisation
	Erfassungsmodus		*Mode of approach*		*Mode d'appréhension*
G	(Primäre) Ganzantwort	**W**	Whole response	**G**	Rééponse globale
DG	Konfabulatorische (secundäre) Ganzantwort	**DW**	Confabulated (secondary)Whole response (detail whole)	**DG**	Réponse globale confabulatrice
DZwG	Zwischenfigur –Ganzantwort	**WS**	Whole space response	**Gbl/DimG**	Résponse globale intermaculaire
D	Detailantwort (normale)	**D**	(Normal) Detail response	**D**	Réponse d'un détail ordinaire
Dd	Kleindetailantwort	**Dd/Dr**	Smal detail/unusual detail/ rare perceived detail	**Dd**	Résponse d'un petit détail
DdZw	Zwischenfigur Deutung	**S//Dws**	Space detail/ white space detail	**Dbl/Dim**	Réponse d'un détaile blanc/ détail intermaculaire ordinaire
Do	Oligophrenes Kleindetail	**DrS** **Do**	Rare white space detail Oligophrenic details	**Ddbl/Ddim** **Do**	Petit détail intermaculaire/ Détail oligophrne
	<u>*Determinanten*</u>		<u>*Determinants*</u>		<u>*Déterminants*</u>
F	Formantwort	**F**	Form response	**F**	Réponse d'origine formelle
F+	Scharfe Form	**F+**	Sharp(good) form/ Sharply seen form	**F+**	Forme bien vue
F-	Unscharfe Form	**F-**	Poor Form (indistinctly seen form)	**F-**	Forme mal vue
F-unb.	Unbestimte Form	**F-indef.**	Indefinite form	**F-indet.**	Forme indeterminée
B	Bewegungsantwort	**M(or K)**	Mouvement/ Kinesthetic response	**K (ouM)**	Réponse d'origine kinesthesique (mouvement)
BFb	Bewegung-Farbantwort	**MC**	Mouvement-Color response	**K-C**	Réponse d'origine Kinesthesique-Chromesthesique
Bkl.	Kleines B	**Small M**	Small mouvement response	**Mp(ouKp)**	Petit mouvement
FFb	Formfarbantwort	**FC**	Form-Color Response	**FC**	Réponse Forme-Couleur
FbF	Farbformantwort	**CF**	Color-Form response	**CF**	Réponse Couleur-Forme
Fb	Primäre Farbantwort	**C**	Color response	**C**	Réponse Couleur primaire

und Abkürzungen

LINGUA LATINA		ROMÂNĂ	
Signum	**Significatio**	**Simbol**	**Semnificație**
R	Summa Responsionum	**R**	Numar de raspunsuri
	Locatio		Localizare
	Modus percepiendi		*Modul de percepere*
G	Interpretatio globalis, sive tota	**G**	Răspuns global
PG/PpG	Interpretatio globalis a parte amplificata/ Interpretatio globalis a parvula parte amplificata	**DG**	Răspuns global confabulat (secundar)
GS	Interpretatio globalis spatialis	**Gim**	Răspuns global intermacular
P	Interpretationes parties majoris, vel celebrius visae	**D**	Răspuns detaliu obisnuit (normal)
Pp	Interpretatio parties parvae, vel rarius visae	**Dd**	Detaliu mic, neobisnuit, rar
S	Interpretatio parties majoris spatialis	**Dim**	Detaliu intermacular (alb)
PpS	Interpretatio parties minoris spatialis	**Ddim**	Detaliu intermacular (alb) minor
Po	Interpretatio partis oligophrena	**Do**	Detaliu oligofren
	Constituentes, sive Determinantes		*Determinanții*
F	Interpretatio formae	**F**	Raspuns (determinat de) formă
F+	Interpretatio formae bonae	**F+**	Raspuns formă (configurație) bună
F-	Interpretatio formae malae	**F-**	Formă (configurație)proasta
F-inc.	Interpretatio formae incertae	**F-inc.**	Formă incertă (nedeterminată, confuză)
K	Interpretatio Kinaesthesos	**K**	Răspuns Kinestezie
K-C	Interpretatio Kinaestheso-Coloris	**K-C**	Răspuns Kinestezie-Culoare
Kp	Interpretatio Kinaestheseos parva	**Kmic**	Răspuns Kinestezie minoră
FC	Formae-Coloris Interpretatio	**FC**	Răspuns Formă-Culoare
CF	Coloris-Formae Interpretatio	**CF**	Răspuns Culoare-Formă
C	Interpretatio Coloris Pura	**C**	Raspuns culoare primar

DEUTSCH		ENGLISH		FRANCAIS	
Signum	**Bezeichnung**	**Symbol**	**Designation**	**Symbole**	**Designation**
F(Fb)	Helldunkeldeutung (sensu Rorschach)	**F(C)**	Chiaroscuro response (sensu Rorschach)	**Clob/ (CL-O)**	Réponse clair-obscur
F(Fb)	Schattirungsdeutung (sensu Binder)	**F(C)**	Shading response (sensu F(Fb) Binder)	**F(C)**	Réponse de clair-obscur detaille (sensu F(Fb) Binder
FHd	Form-Helldunkeldeutung	**FCh**	Form –Chiaroscuro response	**Fclob**	Réponse forme clair-obscur
HdF	Helldunkel -Formdeutung	**ChF**	Chiaroscuro –Form response	**clob F**	
Hd	Rein Helldunkeldeutung	**Ch**	Pure Chiaroscuro response	**clob**	
	Inhalt		*Content*		*Le contenu*
M	Menschliche Ganzfigur	**H**	Human(figure)	**H**	Figure humane entière
Md	Menschliche Teilfigur	**Hd**	Human Detail	**Hd**	Fragment/detail de figure humaine
T	Ganze Tierfigur	**A**	Animal figure	**A(ou An)**	Figure animal entiere
Td	Teil einer Tierfigur (Tierdetail)	**Ad**	Animal detail	**Ad (ou And)**	Fragment/Detail de figure animale
Anat.	Anatomie Deutung	**Anat (At)**	Anatomy (or Anatomical)	**Anat**	Anatomie
Sex.	Sexualdeutung	**Sex**	Sex	**Sex**	Interpretation sexuelle
Pfl.	Pflanze	**Pl(Bo)**	Plants (Botanical)	**Pl(ouBot)**	Plante (botanique)
Ldsch./N	Landschaft/Natur	**Ls/Nat**	Landscape/Nature	**Nat**	Nature
Obj.	Object (lebloser Gegenstand)	**Obj.(Oj)**	Object	**Obj**	Objet
Arch.	Architektur	**Arch(Ar)**	Architecture	**Arch**	Architecture
Orn.	Ornament	**Orn**	Ornament	**Orn**	Ornement
Karte/ Geo	Landkarte / Geographie	**Map/Geo/ Ge**	Map/ Geography	**Geogr**	Carte geographique/ Response geographique
Essen	Essbares	**Fd**	Food	**Aliment**	Aliment, nouriture
Szene	Lebende Szene	**Scen**	Scenery	**Scene**	Scene
Bild	Gemälde, usw.	**Picture**	Picture	**Art**	Art
Blut	Blut	**Blood**	Blood	**Sang**	Sang
Feuer	Feuer	**Fi**	Fire	**Feu**	Feu
Wolken	Wolken	**Cl**	Clouds	**Nuages**	Nuages
Abstr.	Abstraktum	**Abst(Ab)**	Abstract	**Abstr**	Abstraction
	Originalität		*Originality*		*L'originalité*
V	Vulgärantwort	**V(orP)**	Vulgar/ popular/ common response	**Ban(ouV)**	Reponse banale/vulgaire
Orig.(O)	Originalantwort	**Orig(O)**	Original response	**Orig(O)**	Reponse original
Ind.	Individualantwort	**Ind**	Individual response	**Ind**	Reponse individuelle

LINGUA LATINA		ROMÂNĂ	
Signum	**Significatio**	**Simbol**	**Semnificație**
Clob	Interpretatio Clari obscuri (sensu Rorschach)	**Clob**	Răspuns Clarobscur (sensu Rorschach)
F(C)	Interpretatio parvorum discriminum ubrarum (sensu F(Fb) Binder)	**F(C)**	Raspuns Clar-obscur detaliat /umbriri (sensu Binder)
Fclob	Formae e clar-obscuri interpretatione	**Fclob**	Răspuns Formă - Clarobscur
clobF	Clar-obscuri–Formae interpretatione	**Clob F**	Răspuns Clarobscur - Formă
clob	Interpretationi claro-obscuri purae	**Clob**	Răspuns Clarobscur pur
	Content		*Conținuturi*
H	Homo	**H**	Persoană umană întreagă
Hp	Hominis pars	**Hd**	Detaliu uman/parte umană
A	Animal	**A**	Animal întreg
Ap	Animalis pars	**Ad**	Detaliu/parte de animal
Anat (or At)	Anatomia	**Anat**	Anatomie
Sex	Sexus	**Sex**	Interpretatare sexuală
Pl	Planta	**Pl**	Plantă
Nat	Landscape/Nature	**Nat**	Natură
Obj	Object	**Obj**	Obiect
Arch	Architecture	**Arch**	Architectură
Orn	Ornamentum	**Orn**	Ornament
Geo	Geographia, geographica	**Harta/ Geogr**	Hartă, geografie
Nutr	Nutrimentum	**Alim**	Aliment, hrană, mâncare
Scen	Scena	**Scenă**	Scenă vivantă
Ars	Ars	**Art**	Artă, tablou, sculptură, etc.
Sanguis	Sanguis	**Sânge**	Sânge
Ign	Ignis	**Foc**	Foc
Nub	Nubes	**Nori**	Nori
Abst(Ab)	Abstract	**Abstr**	Abstracție
	Originalitas		*Originalitate*
V	Interpretatio vulgaris	**Ban**	Răspuns banal (comun, popular)
O	Interpretatio originalis	**Orig**	Răspuns original
I	Interpretatio individualis	**Ind**	Răspuns individual

DEUTSCH		ENGLISH		FRANCAIS	
Signum	**Bezeichnung**	**Symbol**	**Designation**	**Symbole**	**Designation**
	Verrechnung Verhältniszahlen		*Scoring Proportions (Ratio)*		*Dépouillement Raports*
F%	Formschärfeprozent	**F%**	Sharply seen (good) forms percent	**F%**	Pourcentage de F+
T%	Tierprozent	**A%**	Animal responses percent	**A%**	Pourcentage d'animaux
V%	Vulgarprozent	**V%**	Percent vulgar responses	**Ban%(V%)**	Pourcentage reponses banales
Orig %	Originalprozent	**Orig%**	Percent original responses	**Orig%**	Pourcentage des reponses originales
Erft.	Erfassungstypus	**Apper/ App/ (TOA)**	Apperceptive type/ Manner of approach/ Type of approach		Type d'apprehension/ Type de perception
Sukz.	Sukzesion	**Sequence /Succ**	Type of sequence /succesion	**Succ**	La succesion
	Straff		Rigid		Rigide
	Geordnet		Orderly		Ordonée
	Umgekehrt		Inverse (reversed)		Inversée
	Gelockert		Loose		Relachée
	Zerfahren		confused		Incoherente
Erlbt.	Erlebnisstypus	**Eb /TOE**	Experience balance/ Type of experience	**K/C**	Type de resonance intime
	Koartirt (Koartirung)		Constricted(constriction)		Coarté (coartation)
	Koartativ		Constrictive		coartatif
	ambiäqual		Ambiequal		Ambiéqual (équilibré)
	Dilatiert		Dilated		dilaté
	Introversive		Introversive		introversif
	Extratensiv		Extratensiv		extratensif
Zeit	Gesamtzit	**Time**	Total Time	**Temps**	Temps totale
	Reaktionszeit (Durchschnits-)		Respons Time (Average time per response)		Durée par réponse (moyen)
	Reaktionszeit (biss zur 1. Antwort jeder Tafel)		Reaction time (average time before first response to each card)		Temps d'hésitation (avant tout première réponse au chaque table
	Versager		Rejection		Refus
	Farbenschock		Color Shock		Choc Couleur
	Dunkelshock		Dark Shock		Choc Clair-obscur (choc au noir)
	Brechungsphänomen		Interference phenomenon		Phénomène d'interference
	Auswertung		Evaluation		

LINGUA LATINA		ROMÂNĂ	
Signum	**Significatio**	**Simbol**	**Semnificație**
	Computationes Proportionales		*Calculare/Despuiere Proporții*
F%	Proportio per centum formarum bonarum	**F%**	Procentul de Forme bune (F+)
A%	Proportio per centum animalium	**A%**	Procentul de interpretări animale (A)
V%	Proportio per centum interpretationum vulgarium	**Ban%**	Procentul de răspunsuri banale (comune, populare)
Orig%	Proportio per centum interpretationum originalium	**Orig%**	Procentul de răspunsuri originale.
T.P.	Typus percipiendi		Tip de percepere
Succ	Succesio	**Succ**	Succesiunea
	Rigida Ordinata Inversa Laxa disoluta		Rigidă Ordonată Inversată Relaxată (laxă) Disolută, aleatoare
T.R.	Typus resonantiae	**TRI**	Tip de rezonanță intimă **(K/C)**
	Coartatus (coartatio) Coartativus Equilibris Dilatus Introversivus Extratensius		Coartat (coartare) Coartativ Ambiegal (echilibrat) Dilatat Introversiv Extratensiv
Tempus	Tempus totum Tempus medium per interpretationem	**Timpi**	Timp total Durata medie a răspunsurilor
	Tempus hesitationis(ante primam interpretationem singularum tabularum)		Timpul de ezitare (înaintea primului răspuns la fiecare planșă)
	Recusatio Stupefactio a colore Stupefactio ab obscuro		Renunțarea, recuzarea Socul cromatic (culoare) Șocul la negru/obscur
	Phenomenon interferentiae Eestimatio		Fenomen de rupere/interferență Evaluare

BIBLIOGRAFIE

ABT, LAWRENCE EDWIN and BELLAK, LEOPOLD: Projective Psychology, Clinical Advances to the total Personality – Grove Press, New York, London, 1959.

BRAHAM, KARL: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung – Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1925.

– Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido. – Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1924.

AITA, J.A. REITAN, R. and RUTH, J.: Rorschach's test as a diagnostic aid in brain injury. – Americ. J. of Psychiatry, Vol. 103, 1947, S. 770-779.

ALEXANDER, FRANZ: What is a neurosis? – Digest of Neurology and Psychiatry, Vol. 16, 1948, S. 225-233.

ALLPORT, GORDON W.: Persönlichkeit (übertragen von Helmuth von Bracken). – Ernst Klett, Stuttgart, 1949.

– Werden der Persönlichkeit (übertragen von Helmut von Bracken). – Hans Huber, Bern, 1958. Alström, Carl Henry: A Study of Epilepsy in its Clinical, Social and Genetic Aspects. – Acta Psychiatrica et neurologica, Supplementum 63. Ejnar Munksgaard, Copenhagen, 1950.

AMES, LOUISE BATES, LEARNED, JANET, MÉTRAUX, RYTH W. and WALKER, RICHARD N.: Child Rorschach Responses. Developmental Trends from Two to Ten Years. – Paul B. Hoeber, Harper & Brothers, New York, 1952.

– Rorschach Responses in Old Age. – Paul B. Hoeber, Harper & Brothers, New York, 1954. AMES, LOUISE BATES; MÉTRAUX, RUTH W. AND WALKER, RICHARD N.: Adolescent Rorschach Responses, Developmental Trends from Ten to Sixteen Years. – Paul B. Hoeber, Harper & Brothers, New York, 1959.

ANASTASI, ANNE: Differential Psychology. – The MacMillan Company, New York, 1937; 4. Aufl. 1945.

APPELBAUM, STEPHEN A. and HOLZMAN, PHILIP: The color-shading response and suicide. – J. proj. Techn., Vol. 26, 1962, S. 155-161.

ARMITAGE, STEWART G.: An Analysis of Certain Psychological Tests Used fot the Evaluation of Brain Injury. – Psychological Monographs, Vol. 60, 1. – The American Psychological Association, Washington, 1946.

ARNOLD, O.H.: Epilepsie, eine statistische Studie am Material einer Epileptikerambulanz. – Wiener Ztschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 9, 1954.

BASH, K. W.: Einstellungstypus and Erlebnistypus: C.G. Jung and Hermann Rorschach, in: C.J. Jung and Projective Techniques, A Testimonial to Dr. Jung's 80th Birthday on July 26th, 1955. – Journ. of Projective Techniques, 1955, S. 236-242.

– Ganzeigenschaften als Determinantenträger im Rorschach-Versuch. – Schweis. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 16, 1957, S. 121-126.

– Lehrbuch der allg. Psychopatologie, Grundbegriffe und Klinik. – Georg Thieme, Stuttgart, 1955.

– Über den differentialdiagnostischen Wert der Piotrowski-Zeichen und anderer Zeichengruppen im Rorschach-Versuch. – Rorschachiana, Vol. 1, Bern, 1953, S. 333-343.

– Zur Bestimmung und Bedeutung der Kleindetailantworten (Dd) im Rorschach-Versuch. – Rorschachiana III, Hans Huber, Bern, 1950, S. 73-78.

BAUMGARTEN-TRAMER, FRAZISKA: Zur Geschichte des Rorschach-Tests. – Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 50, 1943, S. 1-13.

BECK, SAMUEL J.: The Rorschach-Test and Personality Diagnosis. I. Feeble-Minded. – American Journal of Psychiatry X, 1930, S. 19-52.

– Rorschach's Test, 3 Bände. – Grune & Stratton, New York, 1944, 1949, 1952.
BEELI, ARMIN: Psychoterapie-Prognose mit Hilfe der „Experimentellen Triebdiagnostik". – Hans Huber, Bern. 1965.
BEERS, C.W.: Eine Seele, die sich wiederfand. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1941.
BEHN-ESCHENBURG, Hans: Psychische Schüleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch. – Ernst Bircher, Bern, 1921.
BENJAMIN, JOHN D. & EBAUGH, FRANKLIN G.: The Diagnostic Validity of the Rorschach-Test. – The American Journal of Psychiatry, Bd. 94, 1938, S.
1163-1178.
BENTON, ARTHUR L.: Der Benton-Test, deutsche Bearbeitung von OTFRIED SPREEN. – Hans Huver, Bern, 1961.
BERNFELD, SIEGFRIED: Sisyphos oder Die Grenzen der Erziehung. – Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1925.
BERGMANN, M.S.: Homosexuality on the Rorschach Test. – Bulletin of the Menninger Clinic, 1945, S. 78-84.
BINDER, HANS: Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach. – Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 30, 1933, S. 1-67 und 233-286. – Dasselbe: Hans Huber, Bern, 1959.
– Die klinische Bedeutung des Rorschach'schen Versuches, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich, 1944, S.
12- 29.
BINSWANGER, WOLFGANG: Über den Rorschach'schen Formdeutversuch bei akuten Schizophrenien, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich, 1944, S. 101-121.
BIRNBAUM, KARL: Die psychoreaktiven (psychogenen) Symptombildungen, in: BUMKE's Handbuch der Geisteskrankheiten 2, Band, Allgem. Teil II. – Julius Springer, Berlin, 1928.
– Über psychopathische Persönlichkeiten. – Wiesbaden, 1909.
BLAKE, ROBERT R. and RAMSEY, GLENN V.: Perception, An Approach to Personality. – The Ronald Press Company, New York, 1951.
BLEULER, EUGEN: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. – Julius Springer, Berlin, 1921.
– Lehrbuch der Psychiatrie. – Julius Springer, Berlin, 1960.
BLEULER, MANFRED: Der Rorschach'sche Formdeutversuch bei Geschwistern. – Zeitschrift für Neurologie, Bd. 118, 1929, S. 366-398.
– Der Rorschach-Versuch als Unterscheidungsnmittel von Konstitution und Prozess. – Zeitschrift f.d. ges. Neurlogie und Psychiatrie, Bd. 151, 1934, S. 571-578.
BLEULER, M. und WALDER, H.: Die geistigen Störungen bel der hereditären Friedreich'schen Ataxie und ihre Einordnung in die Auffassung von Grundformen seelischen Krankseins. – Scweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 58, 1946.
BLEULER, M. and WERTHAM, FRED: Inconstancy of the Formal Structure pf the Personality. – Arch. of Neur. and Psychiatry 7, 1932.
BOCHNER, RUTH and HALPERN, FLORENCE: The Clinical Application of the Rorschach Test, Grune & Stratton, New York, 1942.
BOESCH, ERNST E.: Projektion und Symbol. – Psychologische Rundschau IX, 2, S. 73-91. – Verlag Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, 1960.
BOHM, EWALD: Das Binder'sche Helldunkelsystem. – Rorschachiana V, Hans Huber, Bern, 1959, S. 160-178.
– Der Psychastheniebegriff (Subvalidität) nach Sjöbring. – Schweiz, Ztschr. f. Psychologie, Bd. 7, 1948, S. 179-190.

– Der Rorschach-Test und seine Weiterentwicklung. – Rorschachiana I, Hans Huber, Bern, 1945, S. 115-136.
– Die Rolle der prognostisch bedeutsamen Konstitutionsfaktoren in der Psychopathologie unde im Rorschach-Test. – Rorschachiana VII , Hans Huber, Bern, 1961 , S. 37-58.
– Die Rorschach-Diagnose der Psychasthenie (bzw. Subvalidität). — Rorschachiana III, Hans Huber, Bern, 1950 , S. 42-63.
– Ich-Funktionen und - Störungen im Rorschach-Test. – Szondiana VI, Hans Huber , Bern, 1966.
– Projektionsmethoden und Persönlichkeitserfassung. – Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie, Würzburg, 1955, S. 209-220.
– Psychodiagnostisches Vademecum. – Hans Huber , Bern, 1967.
– Strafe als Triebbefriedingung. – Ztschr. f. Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 5, 1931, S. 319-339. Bors, CORA DU: The People of Alor , a Social Psychological Study on an East Indian Island. – University of Minnesota Press, Minneapolis , 1944.
BONHOEFFER, KARL: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen, in: ASCHAFFENBURG'S Handbuch der Psychiatrie, 3, Abt. – Deuticke, Leipzig, 1912.
BORNSTEIN, BERTHA: On Latency. – The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VI, Imago Publishing Co., London, 1951.
BOSS, MEDARD: Psychologisch-charakterologische Untersuchungen bei antisozialen Psychopaten mit Hilfe des Rorschach'schen Formdeutversuchs. – Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 133, 1931, S. 544-575.
BOVET, TH.: Der Rorschach-Versuch bei verschiedenen Formen von Epilepsie. – Schweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 37, 1936.
BÖSZÖRMÉNYI, GEORG und MEREI, FRANZ: Zun Problem von Konstitution und Prozess in der Schizophrenie auf Grund des Rorschach-Versuches. – Schweizer Archiv, f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 45, 1940, S. 276-295.
BRACKEN, HELMUT: Rorschach-Untersuchungen vor und nach Arbeitsbelastung. – Proceedings of the 15th International Congress of Psychology (Brüssel 1957), S. 491-492. – North Holland Publ. Comp., Amsterdam, 1959.
BRACKEN, HELMUT VON und DAVID, HENRY P. (Herausgeber): Perspektiven der Persönlichkeitstheorie – Hans Huber, Bern, 1959.
BRATT, NANCY: Rorschachtesten i klinisk praxis. Akademisk Forlag, Kobenhavn, 1968. (Dänish)
BRATT-ØSTERGAARD, NANCY: Gibt es charakteristische Rorschach'sche Formelkonstellationen bei den sogenannten psychosomatischen Kindern?– Rorschachiana V, Hans Huber, Bern, 1959, S. 305 bis 324.
– „Holdningslöse" börn og unge. – Nordisk Psykologi, Bd. 12, 1960, S. 49-58.
BROMAN, TORE: Fragetekniken vid upptagningen av neurologisk anamnes. – Nordisk Medicin, Bd. 41 1949, S. 349-362.
BROSIN, H.W. and OPPENHEIMER FROMM, ERIKAŞ Rorschach and Color Blindness. – Rorschach Research Exchange, Vol. IV, 2, 1940, S. 39-70.
BROSIN, HENRY W. and FROMM, E.: Some Principles of Gestalt Psychology in the Rorschach Experiment – Rorschach Research Exchange, Vol. VI, 1, 1942, S. 1-15.
BROWN, FRED: An Exploratory Study of Dynamic Factors in the Content of the Rorschach Protocol. – Journal of Projective Techniques, Vol. 17, 1953, S. 251-279.
BROWN, RALPH R.: Frequency tables, in: BECK, SAMUEL J.: Rorschach's Test. I. Basic processes. – Grune & Stratton, New York, 1944, S. 191-195 und 209 ff.
BRUHN, KARL: Bläckfläckförsök med barn och ungdom. (Tintenklecksversuche mit Kindern und Jugenlichen, schwedisch.) – Societas Scientiarum Fennica. Commentationes Humanarum Litterarum XIX, 1. – Helsingfors, 1953.

BRUN , RUDOLF: Allgemeine Neurosenlehre. – Benno Schwabe &Co., Basel, 1942; 2. Aufl. 1948.
– Biologische Parallelen zu Freuds Trieblehre. – Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1926.
– Die Raumorientierung der Ameisen, Jena, 1914.
– Über biologische Psychologie. – Schweizerische Zeitschr. f. Psychologie, Bd. VIII, 1949 , S. 1-20.
BRUNER, J. and GOODMAN, C.C.: Value and need as organizing factors in perception. – Journ. of Abnorm, and Soc. Psychol, Bd. 42 , 1947, S. 33-44.
BRUNN, RUTH und WALTER L. VON: Die Epilepsie im Rorschach'schen Formdeutversuch. – Archiv für Psychiatrie und Zeitscher. f. Neurologie, Bd. 184, 1950, S. 545-578.
BRUNNER, JOSEF: Schwererziehbare männliche Jugendliche im Rorschach-Formdeutversuch. – Universitätsverlag, Freiburg, Schweiz, 1954.
BUCHTHAL, FRITZ og KAISER, EDMUND: Elektroencephalografiens Anvendelse i Klinikken med Beskrivelse af en ny Elektroencephalograf. – Bibliotek for Laeger , Köbenhavn, 1943, S. 151-172.
BUXBAUM, EDITH: Transference and Group Formation in Children and Adolescents , in: The Psychoanalytic Study of the Child I. – Imago Publishing Co., London, 1945, S. 351-365.
CALDWELL, BETTYE MCD., ULETT, GEORGE A., MENSH, IVAN N., and GRANICK, SAMUEL: Levels of Data in Rorschach Interpretation. – Journ. of Clinical Psychology, Vol. VIII, 1952 , S. 374-379.
CARUSO, IGOR: Sitzungsberichte 1959/60 des Wiener Arbeitskreises für Tiefenpsychologie. – Wien, 1960.
CHRISTOFFEL, HANS: Affektivität und Farben, speziell Angst und Helldunkelerscheinungen. – Zeitschr. f. Neur, u. Psychiatrie, Bd. 82, 1923, S. 46-52.
CONRAD, KLAUS: Der Konstitutionstypus als genetisches Problem. Versuch einer genetischen Konstitutionslehre. – Julius Springer, Berlin, 1941.
– Über das Prinzip der Vorgestaltung in der Hirnpathologie. – Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 164, 1950, S. 66-70.
– Über den Abbau der differentialen und integralen Gestaltfunktion durch Gehirnläsion. – Psyche Bd. 3 (Lambert Schneider, Heidelberg), 1949, S. 26-33.
CRONBACH, LEE J.: Statistical Methods Applied to Rorschach Scores: A Review. – Psychological Bulletin, APA, Vol. 46, 1949, S. 393-429. – (Dasselbe in: MURSTEIN, B.J. (editor): Handbook of projective techniques. – Basic Books, New York, 1965.
DAHLGREN, KARL GUSTAV: On Suicide and Atempted Suicide. – Ph. Lindstedts Univ.-Bokhandel, Lund, 1945.
DAVID, HENRY P., ORNE, MARTIN and RABINOWITZ, WILLIAM: Qualitative and Quantitative Szondi Diagnosis. – Journ. of. Proj. Techniques, Vol. 17, 1953, S . 75-78.
DELAY, J., PICHOT, P., LEMPÉRIÈRE, T. et PERSE, J.: Le Test de Rorschach dans les Psychoses organiques. – Rorschachiana V, Hans Huber, Bern , 1959, S. 27-159.
– Le Test de Rorschach et la Personnalité épileptique. – Presses Universitaires de France, Paris, 1955.
DELBRÜCK, HANS: Über die körpeliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. – Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 77, 1926, S. 555-572.
DIAMOND, EDWIN: Vore Drömme (Unsere Träume, dänisch). – Fremad, Köbenhavn, 1964. (Titel des Originals: The Science of Dreams, New York, 1962.)
DOLLARD, JOHN, DOOB, LEONHARD W.; MILLER, NEAL E.; MOWRER, O.H.; SEARS, ROBERT R.; Frustration and Aggression. – The Institute of Human Relations, Yale University Press, New Haven, 5. Aufl., 1945.
DUE, F.O. and WRIGHT, M.E.: The Use of Content Analysis in Rorschach Interpretation: 1. Differential Characteristics od Male Homosexuals. – Rorschach Res. Exch. IX, 1945 , S. 169-177.
DWORENTZKI, GERTRUDE: Le test de Rorschach et l'évolution de la perception. Etude expérimentale.–Arch. de Psychologie, Genève, Bd. 27, 1939.

EHRENFELS, CHRISTIAN VON: Über Gestaltqualitäten. – Vierteljahrsschr. f. wissensch. Philosophie, 1890.

ELLENBERGER, HENRI: The Life and Work of Hermann Rorschach (1884-1922). – Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 18, Nr. 5, September 1954.

EMDE BOAS, CONRAD VAN und STEENDEREN , E. VAN: Betrachtungen zum Problem der Rorschach-Diagnostik der männlichen Homosexualität mit einem kasuistischen Beitrag. – Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, Bd. 65, 1962, S. 181-200.

ENKE , WILL: Die Konstitutionstypen im Rorschach'schen Experiment. – Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 108, 1927, S. 645-674.

ERIKSSON, ALBERT: Rorschachs formtydningsförsök. En översikt och ett bidrag till rorschachtesting av barn. – Tidskrift för Psykologi och Pedagogik I, Göteborg, 1943.

EWALD, G: Temperament und Charakter. – Julius Springer, Berlin, 1924.

FAERGEMAN POUL M.: De psykogene Psykoser (dänisch). –Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1945. – Psychogenic Psychoses. – Butterworths, london, 1963.

FEDERN, PAUL: Ich-Psychologie und die Psychosen. – Hans Huber, Bern, 1956.

FENICHEL, OTTO: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. – Routledge & Kegan Paul, London, 1955.

FERENCZI, S.: Populäre Vorträge über Psychoanalyse. – Intern . Psychianalytischer Verlag, Wien, 1922.

FISHER, CHARLES: Journ. of the Am. Psychoanal. Ass., July 1954.

FISHER, JEROME and GONDA, THOMAS A.; Neurologic Techniques and Rorschach Test in Detecting Brain Pathology. – Archives of Neurology and Psychiatry, Vol. 74, 1955, S. 117-124.

FLUGEL, J.C.: Man, Morals and Society, schwedische Ausgabe: Människan, Moralen och Samhället. – Natur och Kultur, Stockholm, 1946.

FORD, MARY: The Application of the Rorschach-Test to Young Children. – The University of Minnesota Press, Minneapolis, 1946.

FOREL, AUGUST: Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. – Ferdinand Enke, Stut gart, 1919.

FOSBERG, IRWING A.; An experimental Study of the reliability of the Rorschach psychodiagnostic technique. – Rorschach Research Exchange , Vol . V, 2, 1941, S. 72-84.

FRAMO, J.L.: A tachistoscopic study of perceptual development in juman adults. – Presented at the 1952 APA meeting in Washington, D.C.

– Structural aspects of perceptual development in normal adults: a tachistoscopic study with the Rorschach technique. – Ph. D. diss. University of Texas, Austin, Texas, 1952.

FRANK, LAWRENCE K.: Projective Methods. – Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), 1948.

– Society as the patient. – Rutgers University Press, New Brunswick, N.J., 1949.

FRÄNKEL, FRITZ und BENJAMIN, DORA: Die Kritik der Versuchsperson beim Rorschach'schen Formdeutversuch. – Schweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 33, 1934, S. 9-14.

FRANÉR, PAUL: Preliminära undersökningar rörande den subvalida personlighetens reaktioner pa rorschachtestet (Vorläufige Untersuchungen über die Reaktionen der subvaliden Persönlichkeit auf den Rorschach-Test, schwedisch). – Bischer ungedruckte Abhandlung, Lund.

FRENKEL-BRUNSWICK, E.: Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable.

– Journ. Pers., Bd. 18, 1949, S. 108-143.

FREUD, ANNA: Das Ich und die Abwehrmechanismen. – Internat. Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1936.

FREUD, SIGMUND: Das Ich und das Es. Gesammelte Werke, Bd. 13. – Imago Publishing Co., London, 1940.

– Das Unbehagen in der Kultur. – Intern. Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1930.

– Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. – Franz Deuticke, Wien, 1905.

– Die Traumdeutung. –Franz Feuticke, Wien, 1930.
– Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. Gesammelte Werke, Bd. 8.
– Imago Publishing Co., London, 1943.
– Gesammelte Werke, Bd. 6. – Imago Publishing Co., London, 1940.
– Gesammelte Werke, Bd. 12. – Imago Publishing Co., London, 1947.
– Gesammelte Werke, Bd. 14. – Imago Publishing Co., London, 1948.
– Massenpsychologie und Ich-Analyse. – Intern. Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1923.
– Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre. Gesammelte Werke, Bd. 10. – Imago Publishing Co., London, 1946.
– Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. 15. – Imago Publishing Co., London, 1940.
– Trauer und Melancholie. Gesammelte Werke, Bd. 10, S. 428-446. – Imago Publishing Co., London, 1946.
– Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. 11. – Imago Publishing Co., London, 1940.
FREY, TORSTEN SVENSON: Electroencephalographic Study of Neuropsychiatric Disorders. – Supplementum 42 der Acta Psychiatrica et Neurologica, Stockholm, 1946.
– Über psychische Insuffizienzzustände und Elektroencephalogramm. – Archiv für Psychiatric und Zeitschrift für Neurologie, Bd. 183, 1949, S. 64-70.
FRIEDEMANN, ADOLF: Bemerkungen zu Rorschach's Psychodiagnostik. – Rorschachiana II, Hans Huber, Bern, 1947.
FRIEDMANN, WENER: Die Bewegungs - und Dynamik-Deutungen im Rorschach-Test. – Rorschachiana, Vol. I, 1952, S. 127-152.
FROBARJ, GOSTA: A list of items for studies of the calidity of the Rorschach method. – Unveröffenlichtes MS.
– Karbamazepin – antiepilepticum med brett indikationsomtade även inom psykiatria. En orienterende redogörelse med kasuistik. — Nordisk psykiatrisk tidsskrift, 1971, S. 448-454.
– Komplettering av Rorschachmetoden . – Psykolognyt, 1962. (Schwedisch.)
– Teckenanalys av Rorschach-protokoll. – Unveröffentlichtes MS. (Schwedisch.)
FROMM, ERICH: The Fear of Freedom. – Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., London, 1945.
FURRER, ALBERT: Der Auffassungsvorgang beim Rorschach'schen psychodiagnostischen Versuch. – Buchdruckerel zur alten Universität, Zürich, 1930.
GABEL, JOSEPH: Symbolisme et schizophrénie. – Schweizerische Zeitschr. f. Psychologie, Bd. 7, 1948, S. 268-286.
GÄRDEBRING, OLOV G.: High P% in the Rorschach-Test.– Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Persön lichkeitsforschung, Vol. II, 1954, S. 142-143.
GEBHART, VERENA: Zum Problem der intellektuellen Entwicklung im Rorschach'schen Formdeurversuch. – Monatschrift f. Psychiatrie und Neurologie, Vol. 124, 1952, S. 91-125.
GERÖ, GEORG: Der Aufbau der Depression. – Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. 22, 1936, S. 379-408.
GOLDKUHL, ERIK: Efterkrigspsykiatri, in: Festskrift till Henrik Sjöbring. – Gleerup, Lund, 1944.
– Funktionellt eller organiskt? – Svenska Läkartidning, Stockholm, 1943, Nr. 20.
– Rorschach-Tests bei Epilepsie, nebst einer grundsätzlichen Untersuchung. – Uppsala Läkare-förenings Förhandlingar, Bd. 51, Uppsala, 1946, S. 283-311.
– Über Demenzzustände bei Psychosis manico-depressiva. – Uppsala Läakareförenings Förhandlingar, Bd. 48, Uppsala, 1943, S. 145-164.
GOLSTEIN, K. und ROSENTHAL, O.: Zum Problem der Wirkung der Farben auf den Organismus. (Auf Grund von Untersuchungen über die Far beinwirkung auf Abweichen, Grössen-und Zeitschätzung

etc. bei Cerebellar- und Frontalhirnerkrankungen.) – Schwizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 26, 1930, S. 3-26.

GOLDSTEIN, KURT and SCHEERER, MARTIN: Abstract and Concrete Behavior. An Experimental Study with Special Tests. Psychological Monographs. – The American Psychological Association, Northwestern University, Evanston, Illinois, 1947.

GRABOWSKY, ADOLF: Die Politik, Ihre Elemente und ihre Probleme. – Pan-Verlag, Zürich, 1948.

GRANICK, SAMUEL: Studies in the Psychology of Senility. A Survey. – Journal of Gerontology, Vol. 5, Nr. 1 , January, 1950.

GRIFFITH, R.M.: The test-retest similarities, Korsakoff. – Journ. of Proj. Techniques, Vol. 15, 1951, S. 516-525.

GRODDECK, GEORG: Das Buch vom Es. – Intern. Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1926.

GUILFORD, J.P.: Persönlichkeit. – Julius Beltz, Weinheim (Bergstr.), 1965.

GUIORA-HELLER, MARTHA: Beitrag zur Psychodiagnostik der Epilepsie im Kindesalter an Hand des Rorschach'schen Formdeutversuchs. – S. Karger, Basel, 1962.

GUIRDHAM, ARTHUR: On the Value of the Rorschach-Test. – The Journal of Mental Science, Bd. 81, 1935, S. 848-869.

– The Diagnosis of Depression by the Rorschach-Test. – The British Journal of Medical Psychology, Bd. 16, 1937, S. 130-145.

– The Rorschach-Test in Epileptics. – The Journal of Mental Science, Bd. 81, 1935, S. 870-893.

HATTINGBERG, HANS VON: Psychoanalyse und verwandte Methode, in: BIRNBAUM: Die psychischen Heilmethoden. – Georg Thieme, Leipzig, 1927.

HEHLMANN, WILHELM: Geschichte der Psychologie. – Alfred Kröner, Stutgart , 1963.

HELLPACH, WILLY: Klinische Psychologie. Georg Thieme, Stuttgart, 1949.

– Über Amphithymie (Zwiernut). – Neurologisches Centralblatt, Bd. 38, 1919, S. 720/721. (Eigenreferat.)

HERTZ, MARGUERITE R.: The „Popular“ Response Factor in the Rorschach Scoring. – The Journal of Psychology, Bd. 6, 1938, S. 3-31.

HERTZ, m.r. and RUBENSTEIN, B.: A comparison of Three „Blind“ Rorschach Analyses. – American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 9 , 1939, S. 295-315.

HEYER, GUSTAV: Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen. – München, 1925.

HIRSCHFELD, MAGNUS: Geschlechtskunde, 3 Band. – Julius Püttmann, Stutgart, 1930.

– Sexual wissenschaftlicher Bilderatlas zur Geschlectskunde. – Julius Pütmann, Stuttgart, 1930. HIRSCHFELD, MAGNUSN Gndörz, BERNDT: Sexual geschichteder Menschheit. – Dr. P. Langenscheidt, Berlin, 1929.

HOEL, NIC: Pseudodebilitet. – Svenska Läkartidning, Bd. 35, 1938, S. 1521-1531.

HOFF, HANS et alii: Lehrbuch der Psychiatrie, 2 Bände. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1956.

HOLLEY, JASPERS WILSON and FROBARJ, GOSTA: The Application of Q-R factoring to the problems of validating projective tests. – Unveröffentlichtes MS.

HOLLEY, JASPER WILSON, FROBARJ, GOSTA, EKBERG, KERSTIN: A study of the validity of the Rorschach-Test . – Unveröffentlichtes MS.

HOLT, ROBERT R.: Implications of Some Contemporary Personality Theories of Rorschach Rationale, in: KLOPFER , BRUNDO et alii: Developments in the Rorschach Technique. – World Book Company, New York, 1954. S. 501-560.

– Primary and Secondary Processes in Rorschach Responses. – Journ of Proj. Techniques, Vol. 20, 1956, S. 14-25.

HOLZBERG, JULES D.: Reliability re-examined, in: RICKERS-OVSIANKINA, MARIA A.: Rorschach Psychology. – John Wiley & Sons, New York, 1960.

HORN, A. und BONA, G.: Persönlichkeitsunteruschungem mit dem Rorschach-Test bei bewegungsbehinderten Kindern. – Schwiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 28, 1969, S. 39-48.

HORNEY, KAREN: Den Neurotiska Nutidsmänniskan (The Neurotic Personality of Our Time). – Natur och Kultur, Stockholm, 1948.

ISRAEL, JOACHIM: Socialpsykologi, Teori, Problem, Forskning. – Svenska Bokförlaget (Norstedts), Stockholm, 1963.

JAFFE, ANIELA: Untersuchungen im Altersheim über die Psychologie des alten Menschen. Gespräche und Rorschach-Test, in: VETIGER, JAFFE, VOGT: Alte Menschen im Altersheim. – Benno Schwabe & Co, Basel, 1951.

JANZ, DIETER: Gezielte Therapie der Epilepsien. – Die Medizinische Welt, 1962, S. 629-635.

– The Grand Mal Epilepsies and the Sleeping-Walking Cycle. – Epilepsia, Bd. 3, 1962, S. 69-109.

JASPERS, KARL: Allgemeine Psychopathologie. – Julius Springer, Berlin, 1920, 8. Aufl., 1965.

JØRGENSEN, JØRGEN: Psykologi paa Biologisk Grundlag. – Ejnar Munksgaard, Kobenhavn, 1941 bis 1946. (Dänisch.)

JUNG, C. G.: Die psychologische Diagnose des Tatbestandes. – Rascher, Zürich, 1941.

KADINSKY, DAVID: Projective Techniques – Objective Assessment or Subjective Understanding? – Rorschachiana IX, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Vienna, 1970, S. 40-50.

– Rorschach – Amerika und Europa: eine kritische Betrachtung. – VIe Congres International du Rorschach et des Méthodes Projectives, Comptes Rendus, Vol. 3. Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives, Paris, 1968, S. 241-251.

– Schichtstruktur im Rorschach. – Rorschachiana V, Hans Huber, Bern, 1959, S. 220-236.

– Strukturelemente der Persönlichkeit. – Hans Huber, Bern, 1963.

– Zum Problem der Bewegungsdeutungen im Rorschach. – Ztschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichke itsforschung, Vol. IV, 1956, S. 218 -237 und 311-331.

KAILA, EINO: Personlighetens Psykologi. – Söderström & Co., Helsingfors, 1943.

KAILA, KAUKO K.: Uber den zwangsneurotischen Symptomenkomplex. – Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1949.

KAHN, EUGEN: Die psychopathischen anlagen, Reaktionen und Entwicklungen, in: BUMKE'S Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5, Berlin, 1928.

KANT IMMANUEL: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, herausgegeben von J.H. VON KIRCHMANN, Erich Koschny, Leipzig, 1880.

KATZ, DAVID: Der Aufbau der Farbwelt. – Leipzig, 1930.

– Gestaltspsychologie. – Benno Schwabe & Co. Basel, 1944, 3. Aufl. 1961.

– Handbok i psykologi. – Svenska Bokförlaget, Bonniers, Stockholm, 1950.

– Mensch und Tier. – Conzet & Huber, Zürich, 1948.

KATZ, DAVID und KORJUS, GEORG: Muskeltonus der Hand und Sicherheitsmarginal. – Acta paediatrica, 1943, S. 378-397.

KELLEY, D.M., MARGULIES, H. and BARRERA, S.E.: The Stability of the Rorschach method as demonstrated in electric convulsive therapy cases. – Rorschach Research Exchange , Vol. 5, 1941, S. 35-43. KELLER, A.: Kind und Umwelt, Anlage und Erziehung, Deuticke, Leipzig, 1930.

KERR, MADELINE: The Rorschach-Test applied to children. – British Journal of Psychology, Bd. 25,1935, S. 170-185.

KIELHOLZ, ARTHUR: Verhütung von Vervrechen bei Psychosen, in: MENG: Die Prophylaxe des Verbrechens. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1948.

KIKUCHI, TETSUHIKO, KITAMURA, S. and OYAMA, M.: Rorschach performance in alcoholic intoxication.

– Tohoku Psychol., Folia 20 , 1961, S. 45-71, referiert in Schwiz. Ztschr. f. Psychol., Bd. 21, 1962, S. 394-395.

KINBERG, OLOF: Det biopsykologiska Konstitutionsproblemet, in: Människokunskap och människobehandling. – Bonniers, Stockholm, 1941.
KLAGES, LUDWIG: Die Grundlagen der Charakterkunde. – Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1928. – Handschrift und Charakter. – Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1923.
– Was die Graphologie nicht kann. – Speer, Zürich , 1949.
KLEIN, GEORGE S.: Need and regulation, in: JONES: Nebraska Symposiun on motivation. – Lincoln, Nebr., 1954.
– The personal world through perception, in: BLAKE and RAMSEY: Perception, An Approach to Personality, S. 328-355. – The Ronald Press Comp., New York, 1951.
KLEIST, KARL: Episodische Dämmerzustände. – Georg Thieme, Leipzig, 1926.
– Über zykloide, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerations psychosen. – Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 23, 1928, S. 3-37.
KLOPFER, BRUNO and KELLEY, DOUGLAS McGLASHAN: The Rorschach Technique. – World Book Company , Yonkers-on-Hudson, New York, 1942.
KLOPFER, BRUNO, AINSWORTH, MARY D., KLOPFER, WALTER G., HOLT, ROBERT R.: Developments in the Rorschach Technique. – World Book Company, Yonkers-on-Hudson, New York, 1954.
KLOPFER, WALTER: Personality Paterns of Old Age. – Rorschach Research Exchange , Vol. 10, 1946, S. 145-166.
KOCH, GERHARD: Zur Klinik und Genetik der Krampfbercitschaft, in: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, Festschrift für ERNST KRETSCHMER. – Georg Thierme, Stutgart , 1958.
KOCH, KARL: Der Baumtest, Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel. – Hans Huber , Bern, 1949, 3. Aufl. 1957.
KÖHLER, WOLFGANG: Das Wesen der Intelligenz, in: KELLER, A.: kind und Umwelt, Anlage und Erziehung – Deuticke , Leipzig, 1930.
– Dynamics in Psychology. – Faber and Faber, London, 1942.
– Gestalt Psychology. – Liveright Publishing Corporation, New York, 1945.
KOTTENHOFF, HEINRICH: Reliability and Validity of the Animal Percentage. – Acta Psychologica 22, 1964, S. 387-406. – North Holland Publishing Co.
KRAGH, ULF: Einige Bermerkungen über das aktualgenetische Modell der Perzeption und der Persönlichkeit. – Vita Humana, Bd. 4, 1961, S. 166-172.
– Pathogenesis in Dipsomania. – Acta Psychiatrica et Neutologica Sca ndinaviva, Vol. 35, 1960, S. 207-222, 262-288 und 480-497.
– Rapport entre la Perception et la Personnalité. – Scientia, 1963.
– The Actual-genetic Model of Perception-Personality. – C.W.K. Gleerup, Lund und Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1955.
– Types of Pre-Cognitive Defensive Organization in a Tachistoscopic Experiment. – Journ. of Proj. Techniques, Vol. 23, 1959, Nr. 3 , S. 315-322.
KRAGH, ULF and SMITH, GUDMUND: Accesorial and inclusive Approaches to marginal perceptual Phenomena. – Psychological Research Bulletin, Vol. III, Nr. 3, Lund University, 1963.
KRAGH, ULF and SMITH GUDMUND (editors): Percept-Genetic Analysis. – Gleerups, Lund, 1970.
KRETSCHMER, ERNST: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. – Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 48, 1919 , S. 370-377.
– Körperbau und Charakter. – Julius Springer, Berlin, 1944.
– Medizinische Psychologie. – Georg Thieme, Leipzig, 1939.
KREVELEN, D.A. VAN: Der Rorschach-Test im Fröbelalter. – Rorschachiana II, Hans Huber , Bern, 1947.
KRONFELD, ARTHUR: Psychagogik oder psychotherapeutische Erziehungslehre, in: BIRNBAUM: Die psychischen Heilmethoden. – George Thieme, Leipzig, 1927, S. 368-458.

KUHN, ROLAND, Der Rorschach'sche Formdeurversuch in der Psychiatrie.– S. Karger, Basel, 1940.
– Grundlegende statistische und psychologische Aspekte des Rorschach'schen Formdeutversuches. – Rorschachiana, Vol. I, 1952, S. 320-323.
– Über einen Fall von Nykturie. – Monatsschrift, f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 107, 1943.
– Über Maskendeutungen im Rorschach'schen Versuch. – S. Krager, Basel, 1944, 2, Aufl. 1954.
– Über Rorschach's Psychologie und die psychologischen Grundlagen des Formdeurversuches, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich , 1944.
KÜLPE, OSWALD: Versuche über Abstraktion.–Bericht über den 1. Kongress für experimentelle Psychologie, Leipzig, 1904, S. 56.
KÜNZLER, WENER: Über Blutdeutungen im Rorschachschen Formdeutversuch. – Hans Huber, Bern, 1963
KURSAWE, ECKEHARD: Die epileptische Wesensänderung und Fragen ihrer Genese im Gestaltlegetest (GLT) und Rorschach-Test. – Unveröffentliche Diss., Graz, 1965.

L'ABATE, LUCIANO: Priciples of Clinical Psychology. – Grune & Straton, New York, 1964.
LABHARDT, F.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. – Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1963.
LAIGNEL/LAVASTINE, MINKOWSKA, BOUVET et NEVEU: Le Test de Rorschach et la Psychopathologie de la Schizophrénie. – Rorschachiana I, Hans Huber, Bern, 1945, S. 35-89.
LANDOLT, H.: Die Temporallappenepilepsie und ihre Psychopathologie. – Basel, 1960.
LANG, ALFRED: Rorschach-Bibliographie 1921-1964. – Hans Buher, Bern, 1966.
LANGDON-DOWN, M. and BRAIN, W.R.: Time of day in relation to convulsion in epilepsy. – Lancet, 1929, S. 1029-1032.
LAWRENCE, M.: Studies in Human Behavior. – University Press, Princeton, 1949.
LEDER, ALFRED: Zur testpsychologischen Abgrenzung und Bestimmung der Aufwachepilepsie vom Pyknolepsie-Typ; unveröffentilichte Diss., Zürich, 1966.
– Aufwachepilepsie. – Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1969.
LENNOX, WILLIAM GORDON and LENNOX, MARGARET A.: Epilepsy and Related Disorders. – J. and A. Churchill, London, 1960.
LENNEP, D.J. VAN: Projektion und Persönlichkeit, in: V. BRACKEN und DAVID: Perspektiven der Persönlichkeitstheorie. – Hans Huber, Bern, 1959, S. 206-218.
LEVINE, MAURICE: Psykoterapi i Medicinsk Praktik (Psychotherapy in Medical Practice). – Natur och Kultur, Stockholm, 1946.
LEWIN, KURT: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. – Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1963.
LIENERT, GUSTAV A.: Testaufbau und Testanalyse. Julius Beltz, Weinheim, Berlin, 1961.
LIENERT, G.A. und MATTHAEI, F.K.: Die Konkordanz von Rorschach-Ratings. – Ztschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Vol. VI, 1958, S. 228-241.
LINDBERG, BENGT J.: Experimental Studies of Colour and Non-Colour Attitude in School-Children and Adults. – Munksgaard, Copenhagen, 1938.
LINDNER, R.M.: Analysis of Rorschach Test by Content. – J. Clin. Psych., Vol. 8, 1947.
– Content Analysis in Rorschach Work. – Rorschach Research Exchange X, 1946, S. 121/129.
LINCKE, HAROLD: Die frühesten Formen der Identifikation und die Über-Ich-Bildung. – Schweiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 22, 1963, S. 338-348.
– Aggression und Selbsterhaltung, in: ALEXANDER MITSCHERLICH: Bis hierher und nicht weiter. R. Piper & Co., München, 1969.
LOEPFE, ADOLF: Über Rorschach'sche Formdeutversuche mit 10-13 jährigen Knaben. –Zeitschr. f. angewandre Psychologie, Bd. 26, 1925, S. 202-253.
LOOSLI-USTERI, MARGUERITE: Der Rorschach-Test als Hilfsmittel des Kinderpsychologen. –Schweizerische Zeitschr. f. Psychologie, Bd. 1, Bern, 1942, S. 86-93.

– Le diagnostic individuel chez l'enfant au moyen du Test de Rorschach. Paris, 1938.
– Le Test de Rorschach. – Internat. Zeirschr. f. Erziehungswissenschaft (Otto Müller, Salzburg), Bd. 5.
– Le test de Rorschach appliqué a differents groupes d'enfants de 10-13 ans. – Archives de Psychologie, Bd. 22, 1929, S. 51-106.
– Manuel pratique du Test de Rorschach. – Hermann, Paris, 1958. – Deutsch: Praktisches Handbuch des Rorschach-Test. – Hans Huber, Bern, 1961.
MAHLER-SCHOENBERGER, M. und SILBERPFENNIG, I: Der Rorschach'sche Formdeutversuch als Hilfsmittel zum Verständnis der Psychologie Hirnkranker. – Schweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 40, 1937, S. 302-327.
MÄKELÄ, VÄINÖ: Über die Abgrenzung der Neurosen und ihre Einteilung in Untergruppen mit besonderer Berücksichtigung der Formen, die den endogenen Psychosen nahestehen, in: Report on the Seventh Congress of Scandinavian Psychiatrists held in Oslo. – Ejnar Munksgaard, Copenhagen, 1938, S. 353-380.
MASTERS, WILLIAM H. and JOHANSON, VIRGINIA E.: Human Sexual Response. – Little, Brown & Co., Boston, Mass., 1966. – Deutsch: Die sexuelle Reaktion. – Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M., 1967.
MATTHAEI, F.K. und LIENERT, G.A.: Die Übereinstimmung in der Deutung von Rorschach-Protokollen bei Experten und Studenten. – Rorschachiana VII, Hans Huber, Bern, 1960, S. 29-35.
MAYER-GROSS, W., SLATER, E. and Roth, M.: Clinical Psychiatry, 2. Aufl. – Cassell, London, 1960.
MCCLELLAND, DAVID C.: Auf dem Wege zu einer Naturwissenschaft der Persönlichkeitspsychologie , in: VON BRACKEN und DAVID: Perspektiven der Persönlichkeitstheorie. – Hans Huber, Bern, 1959, S. 270-288.
MEILI, RICHARD: Grundlegende Eigenschaften der Intelligenz. – Schweizerische Zeitschrift f. Psychologie, Bd. 2, 1944, S. 166-175 und 265-171.
– Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. – Hans Huber, Bern, 1951; 4. Aufl. 1961.
MEILI, RICHARD und ROHRACHER, HUBERT: Lehrbuch der experimentellen Psychologie. — Hans Huber, Bern, 1963.
MEILI-DWORETZKI, GERTRUDE: Versuch einer Analyse der Bewegungsdeutungen im Rorschach-Test nach genetischen Gesichtspunkten. – Schweizerische Zeitschr. f. Psychologie, Bd. 11, S. 265-282.
MELTZOFF, J., SINGER, J. L. and KORCHIN, S.J.: Motor inhibition and Rorschach movement responses: a test on the sensoritonic theory. – J. of Pers., Vol 21, 1953, S. 400-410.
MEREI, FERENC: Der Aufforderungscharakter der Rorschach-Tafeln. – Magyar Psychological Syemple, 1947, Nr. 3-4; deutsch von STEFAN NEIFER, Institut für Psychodiagnostik und angewandte Psychologie, Innsbruck, 1953.
MERIAN, DORIS: Über freches Verhalten im Kindesalter. – Hans Huber, Bern, 1956.
MESCHIERI, L.: Humeur et interprétations des mouvements d'extension et de flexion au test de Rorschach. – Contributi d. Istit. Nazion. Psicologia d. Consiglio nazion. Ricerche, Rom, 1950.
METZGER, WOLFGANG: Gesetze des Sehens. – W. Kramer & Co., Frankfurt a. M., 1936.
– Psychologie, 2. Aufl. – Steinkopf, Darmstadt, 1954.
MEYERHOFF, HORST: Der Gestaltwandel bei den Deutungsleistungen von Hirnverletzen in Rorschach-Test. – Archiv f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 189, 1952, S. 135-146.
MICHEL, LOTHAR: Zuverlässigkeit und Gültigkeit von quantitativen Intelligenz-Diagnosen aus dem Rorschach-test. – Diagnostica, Bd. VII, 1961, S. 44-60.
MILLER, JAMES G.: Clinical Pszchologz in the Veterans Administration. – The American Psychologist Bd. I, 1946, S. 181-189.
– Unconscious Processes and Perception, in: BLAKE and RAMSEY: Perception, An approach to Personality, S. 258-282. – Ronald Press, New York, 1951.
MILLER, N.E. et alii: Displacement. – J. Exp. Psychol., vol. 43, 1952, S. 217-231.

MINKOWSKA, F.: L'Epilepsie essentielle, sa psycho-pathologie et le test de Rorschach. – Annales médico-psychologiques, 1946, S. 321-355.
MITSCHERLICH, ALEXANDER: Bis hierher und nicht weiter. – R. Piper & Co., München, 1969.
MOHR, PETER: Die Inhalte der Deutungen beim Rorschach'schen Formdeutversuch und ihre Beziehungen zur Versuchsperson. – Schweizer Archiv f. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 47, 1941, S. 237-270.
— Die schwarze unde dunkle Farbe der Rorschach-Tafeln. – Rorschachiana II, Hans Huber, Bern, 1947, S. 24-36.
— Die schwarze und sehr dunkle Tönung der Rorschach'schen Tafeln und ihre Bedeutung für den Versuch, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich, 1944, S. 122-133.
MONNIER, MARCEL: Le test psychologique de Rorschach. – L'Encéphale, Bd. 29, 1934, S. 189-201 und 247-270.
MORGENTHALER, WALTER: Der Kampf um das Erscheinen der Psychodiagnostik. – Zeitscher. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Vol. II, 1954, S. 255-262.
— Einführung in die Technik von Rorschach's Psychodiagnostik, in: RORSCHACH: Psychodiagnostik, Hans Huber, Bern, 1941 ff., S. 217-234.
– Über Modifikationen beim Rorschach. – Rorschachiana II, Hans Huber, Bern, 1947.
MOSER, ULRICH: Grundlagen projektiver Testverfahren. – Vorlesung, Zürich, 1965.
– Neurosenlehre. – Vorlesung, Zürich, 1964.
– Psychologie der Partnerwahl. – Hans Huber, Bern, 1957.
MÜLLENER, EDUARD: Rorschach-Befunde bei Farbblindheit. – Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Vol. IV, 1956, S. 3-23.
MÜLLER, MAX: der Rorschach'sche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse. – Zeitschrift f.d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 118, 1929, S. 598-620.
MÜLLER, W.H. und ENSKAT, A.: Graphologische Diagnostik. – Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1961.
MUNZ, EMIL: Die Reaktion des Pyknikers im Rorschach'schen psychodiagnostischen Versuch. – Zeitschr. f.d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 91, 1924, S. 26-92.
MURPHY, GARDNER: Personality, A Biosocial Approach to Origins and Structure. – New York, 1947.
MURRAY, HENRY A.: Thematic Apperception Test. – Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1943.

NEIGER, STEFAN: Spezifische Reaktionen und besondere Phänomene im Rorschach-Versuch, 2. Aufl. – Als Manuskript gedruckt, Institut f. Psychodiagnostik und angewandre Psychologie, Innsbruck.
NEIGER, STEPHEN: Introduction to the Rorschach Psychodiagnostic, Part II, Specific Reactions. – Stenziliertes Manuskript, Toronto Psychiatric Hospital, Toronto, 1956.
NEIGER, STEPHEN, SLEMON, ALAN G. and Quirk, DOUGLAS A.: The Performance of „Chronic Schizophrenic" Patients on Piotrowski's Rorschach Sign List for Organic CNS Pathology. – Journ. of Proj. Techniques, Vol. 26, 1962, S. 419-428.
NEWCOMB. THEODORE M.: Social Psychology. – Routledge & Kegan Paul, London, 1963.
NUNBERG, HERMANN: Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage. – Hans Huber, Bern, 1932.
NYMAN, ALF.: Nya Vägar inom Psykologien. — P.A. Norstedt & Söner, Stockholm, 1946; – deutsch: Die Schulen der neueren Psychologie. – Hans Huber, Bern, 1966.
OBERHOLZER, EMIL: Zur Differentialdiagnose organisch-psychischer und psychogen bedingter Störungen nach Schädel-und Hirntraumen vermittels des Rorschach'schen Formdeutversuches. – Bericht am I. intern. neurol. Kongress in Bern, 1931. Zentralbl. f.d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 61, 1932, S. 507.
– Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustände nach Schädeltraumen mittels des Rorschach-schen. Formdeutversuchs. – Zeitschr. f.d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 136, 1931, S. 596-629.

PFISTER, OSKAR: Ergebnisse des Rorschach'schen Versuches bei Oligophrenen. – Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 82, 1925, S. 198-223.

PIAGEST, JEAN: La psychologie de l'intelligence. – Coll. Arman Colin, Paris, 1947, deutsch: Psychologie der Intelligenz.–Rascher, Zürich und Stuttgart, 1966.

– Les mécanismes perceptives. – Presses Universitaires de France, Paris, 1961.

PIOTROWSKI, ZYGMUNT A.: A Rorschach Compendium. – Revised and enlarged. – The Psychiatric Quarterly, Vol. 24, 1950, S. 543-596.

— Mutual Dependency of Theory and Technique in Projective Personality Tests, in: Rorschachiana IX.

– Hans Huber, Bern, Stuttgart, Vienna, 1970, S. 25-29.

– Perceptanalysis.– The Macmillan Company, New York, 1957

– The Moement Score, in: RICKERS-OVSIANKINA, MARIA A.: Rorschach Psychology. – John Wiley & Sons, New York, 1960, S. 130-153.

PIOTROWSKI, ZYGMUNT A.: The Rorschach Inkblot Method in Organic Disturbances of the Central Nervous System. – The Journ. of Nervous and Mental Disease, Vol. 86, 1937, S. 525-537.

PORTEUS, STANLEY D.: The Maze Test and Mental Differences. – Smith Printing and Publishing House, Vineland, New Jersey, 1933.

PÖTZL, OTTO: Experimentell erregte Traumbilder in ihren Beziehungen zum indirekten Sehen. – Ztschr. f.d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 37, 1917, S. 278-349.

PRADOS, M. and FRIED, E.: Personality Structure of the Older Age Groups. – Journ. of Clinical Psychology, Vol. 3, 1947, S. 113-120.

RAPAPORT, DAVID: Diagnostic Psychological Testing. Vol. I and II. – The Year Book Publishers. Chicago, 1945 und 1946.

REICH, WILHELM: Charakteranalyse. – Kopenhagen, 1933.

REIK, THEODOR: Der eigene und der fremfe Gott. – Intern. Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1923.

REISTRUO, HERMANN: der Rorschach-Test als Hilfsmittel der Diagnostizierung von Milieureaktionen.

– Acta Psychiatrica et Neurologica, Vol. XXI, 1946, S. 687-697.

REITER, PAUL, J. : Neuroserne og deres Behandling. – Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1945.

REIWALD, PAUL: Verbrechensverhütung als Teil der Gesellschafts psychohygiene, in: Die Prophylaxe des Verbrechens, herausgegeben von HEINRICH MENG. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1948.

RENAN, ERNEST: L'Avenir de la Science, pensées de 1848. – Paris, 1890.

REPOND, ANDRÉ: „Gentlemen Cambrioleurs“, in: Die Prophylaxe des Verbrechens, herausgegeben von HEINRICH MENG. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1948.

– La revision de concept de la „psychipathie constitutionnelle“. – Scweizer Archiv f. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 59, 1947, S. 395-400.

RICKERS-OVSIANKINA, MARIA A.: Rorschach Psychology. – John Wiley & Sons, New York, 1960.

RIETI, H.: Vorlesung von der Society for Projective Techniques, New York City, 1945, zitiert nach ZYGMUNT A. PIOTROWSKI: Perceptanalysis. – The Macmillan Company, New York, 1957.

RIZZO, CARLO: The Rorschach Method in Italy. –Rorschachiana, Vol. I, 1953, S. 306-320.

ROHRACHER, HUBERT: Kleine Einführung in die Charakterkunde. – B.G. Teubner, Leipzig u. Berlin, 1934.

ROKEACH, M.: The open and the closed mind. – New York, 1960.

RORSCHACH, HERMANN: Gesammelte Aufsätze, zusammengestellt und herausgegeben von K.W. BASH. – Hans Huber, Bern, 1965.

– Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungs diagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen), 4. und folgende Auflagen. – Hans Huber, Bern, 1941 ff. – Englische Ausgabe: Psychodiagnostics, 2nd Edition. – Hans Huber, Bern, 1942.

ROSENTHAL, MELVIN: Some behavioral correlates of the Rorschach experience balance. – J. of Proj. techniques, Vol. 26, 1962, S. 422-446, referiert in Schweiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 22, 1963, S. 182.
RUBIN, EDGAR: Visuell wahrgenommene Figuren. – Gyldendal, Kopenhagen, 1921.

SALAS, J.: El psicodiagnostico de Rorschach – Ediciones Morata, Madrid, 1944.
SALOMON, FRITZ: Diagnostic des mécanismes de défense dans le test Z individuel et collectif, in: Rorschachiana V, S. 286-296. – Hans Huber, Bern, 1959.
– Fixations, régressions et homosexualité dans les tests de type Rorschach. – Revue Française de Psychoanalyse, Bd. 23, Nr. 2, 1959, S. 235-282.
– Ich-Diagnostik im Zulliger-Test (Z-Test). – Hans Huber, Bern, 1962.
SANDSTRÖM, TORA: 1st die Aggressivität ein Übel? – Albert Bonniers, Stockholm, 1939.
SCHACHTER, M. und COTTE, SIMON: Les interprétations „Masques" dans le test de Rorschach (leur signification clinico-psychologique). – Etudes Neuro-psycho-path. Infantile 10, 1963, S. 77-110, referiert von ALFRED LANG in: Schweiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 22, 1963, S. 183.
SCHAFER, ROY: Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing, Theory and Application. – Grune & Stratton, New York, 1954.
SCHAFFNER, JÜRG: Die „Versager" im Formdeutversuch von Rorschach und im Assoziationsexperiment von Jung. – Diss. Orell Füssli, Zürich, 1951; auch: Rorschachiana, Vol. I, Bern, 1952/53, S. 167-196.
SCHILDER, PAUL: The Image and Appearance of the Human Body. – Intern. Universities Press, New York, 1950.
SCHMID. FRED W.: Experimentelle Tiefenpsychologie in den USA. – Vortrag, gehalten am 11. Februar 1959 im Psychoanalytischen Kolloquium Zürich, MS.
SCHNEIDER, ERNST: Die Bedeutung des Rorschach'schen Formdeutversuches zur Ermittlung intellektuell gehemmter Schüler. – Zeitscher. f. angew. Psychologie, Bd. 32, 1929, S. 102-163.
– Eine diagnostische Untersuchung Rorschach's af Grund der Helldunkeldeutungen ergänzt. – Zeitschr. f. Neur., Bd. 159, 1937, S. 1-10.
– Hemmung und Verdrängung. – Schweiz. Zeitschrift f. Psychologie, band 6, 1947, S. 54-63.
– Psychodiagnostisches Praktikum für Psychologen und Pädagogen. – Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1936.
SCHNEIDER, KURT: Die abnormen seelischen Reaktionen, in: ASCHAFFENBURG's Handbuch der Psychiatrie, Spez, Teil, 7. Abteilung. – Leipzig u. Wien. 1927.
– Die psychopathischen Persönlichkeiten. – Franz Deuticke, Wien, 1943.
– Klinische Psychopathologie, 4. Aufl. – Georg Thierme, Stuttgart, 1955.
SCHULHOF, FRITZ: Schizo-phrenie, Schizo-bulie. – Franz Deuticke, Wien, 1928.
SEMON, RICHARD: Die Mneme. – 4. und 5. Aufl. Wilhelm Engelmann, Leipzig, 1920.
SHERIG, MUZAFER: The Psychology of Social Norms. –Harper, New York, 1936.
SIIPOLA, ELSA and TAYLOR, VIVIAN: Reactions to inkblots under free ans pressure conditions. – J. Person., Vol. 21, 1952, S. 22-47.
SINGEISEN, FRED: Rorschach-Befunde bei chronisch Lungentuberkulösen und Herzkranken. – Schweizer Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 45, S. 230-247.
SINGER, JEROME L.: The experience type: Some behavioral correlates and theoretical implications, in: RICKERS-OVSIANKINA, MARIA A.: Rorschach Psycgology, Wiley & Sons, New York, 1960.
SJÖBRING, HENRIK: Psychic Energy and mental Insufficiency. – Uppsala Läkareförenings Förhandlingar, 1922, S. 163-214.
SKALWEIT, W.: Konstitution und Prozess in der Schizophrenie. Leipzig, 1934.

SMITH, GUDMUND J.W. and JOHNSON, GUNNAR: The Influence of Psychiatric Treatment upon the Process of Reality Construction: An Investigation utilizing the Results of a serial tachistoscopic Experiment. – J. of Consulting Psychol., 1962, S 520-526.
SMYTHIES, J.R.: Brain Mechanisms and Behaviour. – Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh, 1970.
SPITZ, CHARLOTTE: Die Bedeutung der c-Stellung als Ausdruck der Opposition. Rorschachiana V, S. 255-258. – Hans Huber, Bern, 1956.
SPITZ, RENÉ A.: Vom Säugling zum Kleinkind. – Klett, Stuttgart, 1967.
SPITZNAGEL, ALBERT: grundlagen, Ergebnisse und Probleme der Formdeuteverfahren, in: Handbuch der Psychologie, Bd. 6. Psychologische Diagnostik. – Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen, 1964.
– Senile Demenz im Z-Test, in: Untersuchungen zum Z-Test, S. 41-75. – Institut für Psycho-Hygiene, Biel, 1953.
SPREEN, OTFRIED: Stirnbirnverletzte im Rorschach-Versuch. Zur Frage eines „typischen Syndroms". – Ztschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Bd. 3, 1955, S. 3-19.
STAEHELIN, J.E.: Zur Frage der Emotionspsychosen. –Bull. schweiz, Akad. med. Wiss., Vol. 2, 121, 1946/47.
STAUDER, KARL HEINZ: Konstitution und
Wesensänderung der Epileptiker. – Georg Thieme, Leipzig, 1938.
STERN, WILLIAM: Ein Test zur Prüfung der kindlichen Phantasietätigkeit („Wolkenbilder"- Test). – Zeitschrift f. Kinderpsychiatrie, Bd. V, 1938, S. 5-11.
STRÖMGREN, ERIK: Episodiske Psykoser. – Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1940.
– Om Bevidsthedsforstyrrelser. – Ejnar Munksgaard, Kopenhagen, 1945.
– Om den ixothyme Psyke. – Hospitalstidende, Kopenhagen, Bd. 79, 1936, S. 637-648.
– Om godartede schizofreniforme Psykosers Arvebiologi, in: Festskrift till Henrik Sjöbring. – Gleerup, Lund, 1944, S. 263-270.
– Om Psykopati hos Börn. – Sonderdruck aus „Börnesagens Tidende", Kopenhagen, 1948.
– Pathogenese der verschiedenen Formen von psychogenen Psychosenm in: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, Festschrift zum 70. Geburtstag von ERNST KRETSCHMER, S. 67-70. – Georg Thieme, Stuttgart, 1958.
– Psykiatri, 9, Aufl. – Munksgaard, Köbenhavn, 1967.
– Psychiatrische Genetik, in: Psychiatrie der Gegenwart I, 1, A. – Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1967.
SUSSMAN, EVA: Die Verkümmerung der kindlichen Erlebnisfähigkeit (ET 0:0) als Folge früher Versagungen.– Rorschachiana IV, Hans Huber, Bern, 1954, S. 120-124.
SZONDI, LIPOT: Experimentelle Triebdiagnostik. – Hans Huber, Bern, 1947.
– Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik.–Hans Huber, Bern, 1960.
– Schicksalsanalyse. – Benno Schwabe & Co., Basel, 2, Aufl., 1948.
– Triebpathologie. – Hans Huber, Bern 1952.
TARCSAY, ISABELLA: Grundriss der Psychodiagnostik.– Rascher, Zürich, 1944.
THEMEL, JOBST-DIETRICH: Schulanfänger im Behn-Rorschach-test. – Ztschr. f. exp. u. angew. Psychologie, Bd. 3, S. 230-284.
TOYNBEE, ARNOLD, J.: A Study of History. – New York, 1947.
TRAMER, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, 2. Aufl. – Benno Schwabe & Co., Basel, 1945.
TSCHUDIN, ARNOLD: chronische Schizophrenien im Rorschach'schen Versuch, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich, 1944, S. 79-100.

VAERTING, MATHILDE: Wahrheit und Irrtum in der Geschlechterpsychologie, Bd. II von: Neubegründung der Psychologie von Mann und Weib. – Braun, Karlsruhe, 1921.
VEIT, HANS: Der Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica im Rorschach'schen Formdeutversuch. Zeitschr. f. Neurologie, Bd. 110, 1927, S. 301-324.
VOGEL, HORST: Der Z-Test bei normalen Schulkindern, in: Untersuchungen zum Z-Test. –Institut für Psycho-Hygiene, Biel, 1953.
VOGT, RAGNAR: Nogen hovedlinjer i medicinsk psykologi og psykiatri. – Kristiannia, 1923.
VUJIC, VLADIMIR und LEVI, KURT: Die Pathologie der optischen Nachbilder und ihre klinische Verwertung. – S. Karger, Basel, 1939.

WAELDER, ROBERT: Die Grundlagen der Psychoanalyse. – Hans Huber, Ernst Klett, Bern und Stuttgart, 1963.
– Fortschritt und Revolution. – Klett, Stuttgart, 1970.
WALTHER-BÜEL, HANS: Die Psychiatrie der Hirngeschwülste. – Springer, Wien, 1951.
WEBER, A.: delirium tremens und Alkoholhalluzinose im Rorschach'schen Formdeutversuch. – Zeitschr. f.d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 159, 1937, S. 446-500.
– Der Rorschach'sche Formdeutversuch bei Kindern, in: Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. – Orell Füssli, Zürich, 1944, S. 47-61.
– Zur Geschichte des Rorschach'schen Formdeutversuches. – Zeitschrift f. Diagn. Psychologie u. Persönlic hkeitsforschung, Vol. IV, 1956, S. 206-212.
WECHSLER, DAVID: Die Messung der Intelligenz Erwachsener (amerikanisch: The Measurement of Adult Intelligence. – Williams & Wilkins, Baltimore, 1944). – Hans Huber, Bern, 1956.
WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriss. – Berlin, 1963.
WERNER, HEINZ: Motion and motion perception: a study on vicarious functioning. – J. of Psychology, Vol. 19, 1945, S. 317-327.
WERNER, H. and THUMA, B.D.: A disturbance of the perception of apparent movement in brain-injured children. – Amer. J. Psychol., Vol. 55, 1942, S. 58-67.
WERTHEIMER, MAX: Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. – Psychologische Forschung, Bd. 4, 1923, S. 301-330. Festschrift für Carl Stumpf.
WHEELER, WILLIAM MARSHALL: An Analysis of Rorschach Indices of Male Homosexuality. – Journ. of Proj. Techniques, Vol. 13, 1949, S. 97-126.
WIEGERSMA, S.: Die Versager im Behn-Rorschach-Formdeutversuch. – Ztschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Vol. III, 1955, S. 291-317.
WIESER, ST.: Das Schreckverhalten des Menschen. – Hans Huber, Bern, 1961.
WILDE, OSCAR: Märchen. – Hermann Seemann Nachfolger, Berlin o.J.
WITKIN, H.A.; DYK, R.B.; FATERSON, H.F.; GOODENOUGH, D.R. and KARP, S.A.: Psychological Differentiation, Studies of Development. – John Wiley & Sons, New York und London, 1962.
WITKIN, H.A.; LEWIS, H.B.; HERTZMAN, M.; MACHOVER, K.; MEISSNER, P. BRETNALL and WAPNER, S.: Personality through Perception. An Experimental and Clinical Study. – Harper & Brothers, New York, 1954.
WITTREICH, W.J.: The Honi phenomenon: A case of selective perceptual distortion. – Journ. of Abn. and Social Psychol., Bd. 47, 1952, S. 705-712.
WOLFF, WERNER: The expression of personality; experimental depth psychology. – Harpers, New York, 1943.
WOODWORTH, ROBERT S.: Experimental Psychology. – Methuan & Co., London, 1938.
WUNDT, WILHELM: Grundriss der Psychologie. – Alfred Kröner, Leipzig, 1914.
WYSS-EHINGER, GERTRUD VON: Intelligenzquotient und Rorschach-Versuch. – Wiener Zeitschr. f. Nervenheilkunde u. deren Grenzgebiete, Bd. IV, 1951, S. 134-154.

ZANGGER, GINA: Die „Versager“, Zwischenformen und Anatomieantworten im Rorschach’schen Formdeutversuch. – Rorschachiana I, Hans Huber, Bern, 1945, S. 90-107.
ZOLLIKER, ADOLF: Schwangerschaftsdepression und Rorschach’scher Formdeutversuch, in: Psychiatrie und Rorschach’scher Formdeutversuch. - Orell Füssli, Zürich, 1944, S. 62-78.
ZULLIGER, HANS: Angst in der Spiegelung des Tafeln-Z-Tests. – Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Vol. II, 1954, S. 55-63.
– Berufsberatung anhand eines Tafeln-Z-Tests und Rorschach-Test. – Schweiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 19, 1960, S. 333-346.
– Das Kind in der Entwicklung. – Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1969.
– Der statische, der dynamische und der tiefenpsychologische Befund bei der Interpretation des Formdeutversuches. – Psyche, Heidelberg, 1949, S. 293-311.
– Der Tafeln-Z-Test. – Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1954.
– Der Z-Test. Ein Formdeut-Verfahren zur psychodiagnostischen Untersuchung von Gruppen. – Hans Huber, Bern, 1948.
– Der Zulliger-Tafeln-Test (Tafeln-Z-Test), 2. Aufl. – Hans Huber, Bern, 1962.
– Der Zulliger-Tafeln-Test im Dienste der Diagnostizierung von Hirschäden. – Schweiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 21, 1962, S. 126-136.
– Die Angst im Formdeutversuch nach Dr. Rorschach. –Zeitschr. f. psychoanalytische Pädagogik, Bd. VII, 1933, S. 418-420.
– Die tiefenpsychologische Interpretation des Formdeuttests, Vortrag an der 1. Internationalen Rorschach-Tagung in Zürich, 1949.– Archivio di Psichologia, Neurologia e Psichiatria, Mailand, 1950.
– Einführung in den Behn-Rorschach-Test. – Hans Huber, Bern, 1941; 2. Aufl. 1946.
– Erfahrungen und Probleme mit dem Formdeuttest bei Jugendlichen. – Psychologische Rundschau, Bd. 4, 1953, S. 262-274.
– Erscheinungsformen und Bedeutung des farbschocks beim Rorschach’schen Formdeutversuch. – Zeitschr. f. Kinderpsychiatrie, Bd. 4, 1938, S. 145-152.
– Imbezillität in der Spiegelung des Tafeln-Z-Tests. – Zeitschr. f. Diagn. Psychologie und Persönlichkeitsf orschung, Vol. II, 1954, S. 321-329.
– Jungendliche Diebe im Rorschach-Formdeutversuch. – Paul Haupt, Bern, 1938,
– Praxis des Zulliger-Tafeln-und Diapositiv-Tests und ausgewählte Aufsätze. – Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1966.
– Praxis mit einer kleinen Test-Batterie. – Praxis der Kinderpsychologie, Bd. 7, 1958, S. 273-278.
– Psychoanalyse und Formdeutversuch. – Psyche, 1950, Heft 11.
– Schwierige Kinder. – Hans Huber, Bern, 1951.
– Tiefenpsychologische Ergebnisse eines Rorschach und Behn-Tests bei einem 15 ½järigen Mädchen. – Zeitschr. f. Kinderpsychiatrie, Basel, S. 157-165.
– Über symbolische Diebstähle von Kindern und Jugendlichen. – Institut für Psycho-Hygiene, Biel, 1951.
– Z-Test und Eignungsprüfung. – Industrielle Organisation, Bd. 22, 1953, S. 439-442.
ZWEIG, ADAM: Statistische Untersuchungen bei Problemen der Psychotherapie. – Schwiz. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 21, 1962, S. 68-73.
ZÜST, RUTH: das Dorfspiel (nach HENRI ARTHUS). – Hans Huber, Bern, 1963

Index de termeni

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

Z